COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE ALBACETE

MEMORIA DE CALIDAD 2001

Plan de Calidad del Contrato de Gestión de 2001

UNIDAD DE GESTION DE LA CALIDAD

Unidad de Calidad Asistencial

Dr Francisco Javier Lucas Imbernón

Coordinador de Calidad

DUE Maria Luisa Fagoaga Gimeno

Supervisora de Calidad

Dr. Jesús García Guerrero

MIR de Medicina Preventiva

Complejo Hospitalario Universitario de Albacete

INDICE

I. INTRODUCCIÓN página 3
II. PLAN DE CALIDAD 2001 página 4
III. EVALUACIÓN página 7
1. Objetivos Institucionales del INSALUD página 7
2. Objetivos Institucionales del CHAB página 18
a. Memoria Comisiones página 58
b. Monitorización indicadores página 76
3. Objetivos de calidad y memorias por servicios página 90
a. Servicios Médicos página 90
b. Servicios Centrales página 118
c. Servicios Quirúrgicos página 136
IV. DIFICULTADES Y DEFICIENCIAS página 150
V. LINEAS GENERALES DE PROPUESTA DE MEJORA PARA EL 2002 página 152

Reflexiones en torno a la calidad para el que las lea...

"... la gente teme los cambios y a quien los promueven, y su principal enemigo es la gente que se beneficia de la estructura antigua..."
"El príncipe en Maquiavelo".

"...la calidad existe..."
"...la calidad es tan sencillo como hacer las cosas bien..."
"...lo planificado en pie de obra, casi siempre no coincide con lo planificado en los despachos..."
"...el cliente nunca tiene razón... ...hay que dejar que se equivoque con dignidad".

I.- INTRODUCCIÓN.

Presentamos por quinto año consecutivo la Memoria de Calidad del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, que intenta recoger las actividades que dentro del Plan de Calidad se plantearon, sus resultados y comentar las dificultades y deficiencias constatadas en su puesta en marcha. El hecho de que sean cinco años los que llevamos realizando la memoria de calidad no implica que hayamos progresado consecuentemente, sino que más bien sólo son recopilación de datos de la actividad de calidad que se hace en el hospital,…"la calidad existe, hay que cultivarla adecuadamente y obtendremos frutos".

Justificar la necesidad de una unidad de garantía de calidad, se consideraría actualmente una pérdida de tiempo, porque son muchos los estudios y las experiencias en diferentes empresas, foros, debates, conferencias y otros eventos, que han demostrado con sobrada solidez, las ventajas de centralizar el control de la calidad de una organización para asegurar una homogeneidad y un producto o servicio apto para el uso, con unos niveles de idoneidad más que aceptables desde cualquier punto de vista.

Desde los tiempo más remotos, la comparación entre los diferentes productos y servicios ha sido un elemento fundamental de competencia comercial que ha servido especialmente, para desarrollar nuevas tecnologías que satisfagan al cliente y sobre todo asegure que lo que se vende es cumple realmente su misión sin dar perjuicio alguno.

La preocupación por la calidad es una realidad que ha pegado muy fuerte en el sector industrial especialmente y que ha ido extendiéndose paulatinamente a todos los sectores de producción. Autores como Juran, han realizado estudios en los que se cuantificaba las pérdidas económicas y de cuota de mercado, que se derivaba de los productos que una vez producidos salían al mercado con errores graves de producción, que no solo edran devueltos por los clientes exigiendo uno nuevo, sino que la insatisfacción de éste le alejaba hacía otras empresas. De esta manera, se impuso el control de la calidad en la mayoría de las industrias, que asegura que le producto que sale, tiene el mínimo de errores, y la búsqueda de la excelencia (0 errores), es el objetivo de cualquier departamento comercial.

En el área sanitaria, y con el nacimiento de la epidemiología, las comparativas sobre mortalidad, altas médicas, secuelas de los pacientes han sido importante puntos de referencia para hablar de una mejor o peor asistencia. … "En 1912 la deficiente situación que presentaban los hospitales en Estados Unidos a principios de siglo, llevó a la asociación de cirujanos (American College of Súrgenos – ACS), exigió seguir el camino de Codman, pionero en intentar que se cumplieran unos estándares de calidad en la asistencia de pacientes, y que fue despedido por ello. Por ello, se analizaron todas las actuaciones médico – enfermería y diferentes personal que se

implicaba en la asistencia de pacientes, y se extrajeron unas mínimas normas de actuación (estándares mínimos), en el llamado Programa de estandarización de los hospitales, basado en 5 puntos básicos:

- Cualificación del personal.
- Organización y adecuación de la documentación clínica.
- Normas de utilización de la documentación clínica.
- Normalización de procesos clínicos.
- Revisión o Evaluación del trabajo por otros ("peer review").

En España, el control de la calidad en los hospitales ha sido una tarea ardua y difícil como metodología de trabajo debido a un sistema rígido y centralizado, aunque existen referencias importantes al respecto como la Ley de Hospitales de 1965, o el Real Decreto de Indicadores de Rendimiento Hospitalarios de 1978, en las que ya se menciona a la calidad en la asistencia hospitalaria., aunque realmente no han sido ni mucho menos vinculantes para establecer sistemas de control de calidad válidos.

Fue sin embargo en 1980, tras la Conferencia de la OMS con el lema *Salud para todos en el año 2000*, cuando se establece un calendario de compromisos en el cual todos los estados miembros se comprometen a cumplir unos requisitos mínimos de calidad para asegurar una buena atención sanitaria a los usuarios.

Este punto de partida es muy importante, ya que la OMS hace énfasis en que la evaluación de la calidad de los cuidados no debe únicamente limitarse al desarrollo técnico, o científico o a la experiencia que se tenga en un campo u otro; es una labor integral en la que todos y cada uno de los trabajadores de la salud, deben implicarse para que el resultado sea el mejor.

II.- PLAN DE CALIDAD 2001.

El Plan de Calidad del 2001 se ha constituido en base al Anexo de Calidad del Contrato de Gestión de dicho año.

Como conocemos, la planificación se define habitualmente como *"un proceso continuo de previsión de recursos y de servicios necesarios para conseguir los objetivos determinados según un orden de prioridad establecido".* No ha existido un plan específico y plasmado para este hospital durante el año 2001 debido a los cambios directivos y con el horizonte de nuevos cambios en materia de Sanidad estructurados con las trasferencias de competencias en dicho campo.

Durante el segundo semestre se perfiló y se nombró nuevo equipo de la Unidad de Calidad y ha trabajado sobre todo en la toma de contacto con la realidad de la idea de calidad que estaba

asentada en el CHUA. Se ha estructurado dentro del organigrama del hospital aunque su difusión estaba condicionada por el liderazgo de Director Gerente.

El programa de calidad común para todos los hospitales y la monitorización de indicadores se constituyó en el núcleo a partir del cual se elaboró la Evaluación de Calidad.

Los objetivos de calidad para todos los hospitales y los planteados por los facultativos propios del Servicio se incluyeron en la discusión del Contrato de Gestión por servicios. El desarrollo desde 1995 del Plan de Calidad para todos los hospitales ha permitido establecer una serie de estándares de calidad del INSALUD, que todos sus hospitales deben cumplir.

El Plan de Calidad en las instituciones sanitarias tiene como objetivo obtener la satisfacción de los pacientes y de los profesionales, desarrollando una asistencia eficiente, segura, y basada en la mejor evidencia científica disponible. El Plan de Calidad del año 2001 contiene varios objetivos relacionados específicamente con la calidad percibida por pacientes y familiares, que desarrollan dimensiones de la calidad no desarrolladas en otros apartados:

1. Elaborar y poner a disposición de los ciudadanos la Carta de Servicios de Atención Especializada en el INSALUD.
2. Divulgar a la población general los resultados del Plan de Calidad de Atención Especializada, a través de la página web.
3. Aumentar la información periódica a los ciudadanos sobre situación de las listas de espera, con criterios de transparencia en la información.
4. Garantizar el cumplimiento de los siguientes estándares en todos los hospitales:
    a. La existencia de un plan de acogida a los pacientes.
    b. El acompañamiento padres-hijos durante la hospitalización.
    c. La facilitación del contacto familiar en los pacientes hospitalizados con salvaguarda de la intimidad y confort del resto de los pacientes y el no entorpecimiento del trabajo de los profesionales.
    d. La implantación del consentimiento informado.
    e. La correcta gestión de las reclamaciones.
5. Mejorar las condiciones de estancia de los pacientes en el Hospital, y en especial los relativos a:
    a. Confortabilidad en las habitaciones de hospitalización así como en las distintas salas de espera de los servicios ambulatorios.
    b. Seguridad, en especial los aspectos relacionados con un uso adecuado y coherente con el correspondiente Plan de Emergencia y Evacuación de¡ Hospital.
    c. Hostelería: dietas alimenticias, comunicaciones, mobiliario, limpieza.

d. Señalización mediante unos criterios de legibilidad e imagen corporativa homogéneos, evitando los avisos indiscriminados que pueden dar lugar a la confusión y desorientación dentro del hospital y en su entorno exterior.

6. Mejorar en la consecución de objetivos relacionados con los derechos y deberes de los pacientes, así como con su participación en el proceso asistencial. Conseguir que todos los servicios clínicos que precisen informar a pacientes y familiares tengan un plan de información, mejorar la satisfacción de los pacientes con la atención recibida, y fomentar la participación de los pacientes en el proceso asistencial.

Líneas específicas del hospital para la mejora de la calidad

1. - Potenciar el enfoque hacía el paciente.
2. - Introducir la Metodología de la evaluación en los procesos.
3. - Desarrollo del Programa de control del Tabaquismo en el Complejo Hospitalario.

El Plan de Calidad se presentó como un Anexo del Contrato de Gestión del 2001 a la Comisión de Dirección y se estableció un calendario para sus distintas actividades.

Para coordinar y evaluar las diferentes actividades se dividió en tres grandes bloques:

A. El bloque correspondiente a los objetivos institucionales del INSALUD.
B. El bloque correspondiente a los objetivos institucionales del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete (CHUA), esto es objetivos de Calidad propuestos desde la dirección del Hospital.
C. Objetivos propios del Servicio, del área médica y del área de enfermería.

III.- EVALUACIÓN.

Presentamos la evaluación en los tres grandes bloque ya comentados. En el bloque 3, de objetivos propios del servicio del área médica, se presentan los objetivos planteados en el contrato de gestión y solo se presenta la memoria detallada de los servicios que la enviaron a la Unidad de Calidad.

1. OBJETIVOS INSTITUCIONALES DEL INSALUD.

1.1 Estándares de la Organización

Estándar 1. Las mujeres que dan a luz en el hospital tienen la posibilidad de estar acompañadas durante el proceso de dilatación y parto.
**Responsable del estándar : Servicio de Obstetricia (Dr. González Merlo)
**Criterios:
-El hospital oferta explícitamente la posibilidad de que la mujer esté acompañada durante la dilatación y parto.
-El hospital permite la presencia de un acompañante durante todo el proceso de dilatación y parto, si la mujer quiere estar acompañada.
-Sólo ante circunstancias clínicas que lo desaconsejen (por ejemplo, parto distócico), o circunstancias arquitectónicas insoslayables, no se permitirá la presencia de un acompañante.
-Las circunstancias clínicas antes aludidas, especialmente las más frecuentes, se han analizado previamente en el servicio entre médicos y matronas y se han establecido criterios fundamentados, explícitos y compartidos.
-Cuando se dan o sobrevienen circunstancias clínicas que desaconsejen la presencia de acompañante, se explica debidamente a la mujer y acompañante los motivos que impiden que esté acompañada y se deja constancia de esta circunstancia en la Historia Clínica.
-El hospital hace una evaluación regular del cumplimiento de este estándar y esta evaluación se encuentra documentada.
-Los resultados se difunden a las personas implicadas. En el caso de detectar problemas, se analizan las causas y se implantan acciones de mejora.

Nivel de cumplimiento

1 **X**2 3 4 5 6

** Interpretación de resultados/ Análisis de las causas/ Sugerencias:

El hospital no hace una evaluación regular del cumplimiento de este estándar y, como consecuencia, esta evaluación se no encuentra documentada.

Estándar 2. El hospital tiene un Plan de Acogida a los pacientes.
**Responsable del estándar: Servicio de Admisión (F Bernad).
**Criterios:

-El Plan de Acogida tiene el objetivo de ayudar a los pacientes a conocer la organización en la que van a ser atendidos.

-Es un plan que se ha elaborado con participación multidisciplinar de profesionales y se ha aprobado por el órgano hospitalario correspondiente.
-Establece el servicio/s del hospital que tiene la responsabilidad de llevarlo a cabo.
-Asigna responsabilidades claras a las personas encargadas de llevarlo a cabo.
-Es de aplicación para todos los pacientes que ingresan en el hospital.
-Está documentado.
-Se acompaña de la entrega al paciente de una Guía con información escrita sobre el hospital, relevante para el paciente.
-El hospital hace una evaluación regular del cumplimiento de este estándar y esta evaluación se encuentra documentada.
-Los resultados de la evaluación se difunden a las personas implicadas. En el caso de detectar problemas, se analizan las causas y se implantan acciones de mejora.

Nivel de cumplimiento

1 2 **X**3 4 5 6

** Interpretación de resultados/ Análisis de las causas/ Sugerencias:

El hospital hace una evaluación regular del cumplimiento de este estándar y esta evaluación se encuentra documentada. Los resultados de la evaluación no se han difundido.

Estándar 3. El hospital entrega a los pacientes una Guía del hospital.

**Responsable del estándar: Servicio de Admisión (F Bernad).
**Criterios:

-La Guía es un folleto o publicación con información sobre el hospital que se entrega a los pacientes dentro del Plan de acogida.
-La Guía se actualiza con la periodicidad necesaria.
Contiene información sobre:
-Presentación del hospital y los aspectos relevantes de la hospitalización.
-Servicio de Atención al Paciente: funciones, ubicación y horario.
-Los trámites administrativos frecuentes y documentación necesaria para realizarlos, como solicitud de la baja, citaciones en consultas, etc.
-Cómo identificar a los distintos profesionales sanitarios.
-Descripción de los distintos servicios asistenciales, con su ubicación, teléfono de contacto y cartera de servicios.
-Descripción de otros recursos disponibles para el paciente, como biblioteca, servicios religiosos, capilla, escuela para niños, teléfonos, etc.
-Horarios de comidas, visitas, transportes, servicios religiosos, etc.
-En esta información escrita figura la Carta de Derechos y Deberes de los Pacientes.

Nivel de cumplimiento

1 2 **X**3 4 5 6

** Interpretación de resultados/ Análisis de las causas/ Sugerencias.

La principal acción de mejora ha sido la revisión de la guía – folleto y establecer la necesidad de renovación con la inclusión de las sugerencias establecidas en este estándar.

Estándar 4. El hospital facilita el acompañamiento padres-hijos durante la hospitalización.

**Responsable del estándar: Servicio de Pediatría (Dr. R. Tebar)

**Criterios:

-El hospital facilita que los padres estén alojados con sus hijos, salvo problemas estructurales que lo impidan.

-Si existen problemas estructurales que lo impiden parcialmente, el hospital tiene elaborados unos criterios que priorizan las circunstancias para la hospitalización de uno de los padres (Ej. edad del niño, gravedad, lejanía del domicilio, etc.)

-Cuando no se pueda ofrecer esta hospitalización a uno de los padres, total o parcialmente, el hospital ofrece a los padres las máximas comodidades posibles (sillones reclinables, lugar de aseo, comidas, una habitación de estar, etc.)

-El hospital hace una evaluación regular del cumplimiento de este estándar y esta evaluación se encuentra documentada.

-Los resultados se difunden a las personas implicadas. En el caso de detectar problemas, se analizan las causas y se implantan acciones de mejora.

Nivel de cumplimiento

1 2 **X**3 4 5 6

** Interpretación de resultados/ Análisis de las causas/ Sugerencias:

Consideraciones a tener en cuenta:

- No se facilita a la madre la posibilidad de tener al niño durante el período de postparto inmediato.
- Los padres de los niños neonatos y de UCI pediátrica no tienen sala de espera, es un pasillo con unos sillones.
- No hay salas de padres ni de espera en pediatría.

Estándar 5. El hospital gestiona correctamente las reclamaciones de los pacientes y familiares.

**Responsable del estándar: Atención al Paciente (D. L Avila).

**Criterios:

-El hospital tiene asignado el servicio responsable de la gestión de las reclamaciones.

-El servicio cuenta con un sistema que garantiza que se contestan en un plazo menor de 30 días.

-Las contestaciones a las reclamaciones son motivadas y se adaptan, como mínimo, a los criterios establecidos en el manual de funciones del Servicio de Atención al Paciente.

-Se evalúan las causas de reclamación más frecuentes. Dicha evaluación se encuentra documentada.

-Los resultados de esta evaluación se difunden a las personas implicadas y se llevan a cabo las medidas necesarias para mejorar.

Nivel de cumplimiento

X1 2 3 4 5 6

** Interpretación de resultados/ Análisis de las causas/ Sugerencias:

La gestión de las reclamaciones se realiza a través de Atención al paciente dependiente del Servicio de Admisión.

COMPLEJO HOSPITALARIO DE ALBACETE

HOSPITAL GENERAL DE ALBACETE

LISTADO DE RECLAMACIONES POR TIEMPO DE CONTESTACIÓN
SERVICIO DE ATENCIÓN AL PACIENTE

Fecha Inicio : 01/01/2001 Fecha Final : 31/12/2001

SERVICIO	< 30 DIAS	> 30 DIAS	No contestadas	TOTAL
ALERGIA C. EXTERNA	2	2	1	5
REANIMACION	1	0	1	2
BANCO DE SANGRE	0	0	1	1
CARDIOLOGIA	27	13	4	44
COCINA	1	0	1	2
CIRUGIA CARDIOVASCULAR	1	0	0	1
CIRUGIA GENERAL	7	8	3	18
CIRUGIA PEDIATRICA	0	4	0	4
CIRUGIA PLASTICA Y MAXILOFACIA	10	3	0	13
CIRUGIA VASCULAR	3	16	3	22
C.EXTERNAS GENERAL	2	1	0	3
DERMATOLOGIA CONSULTA EXTERNA	1	1	3	5
APARATO DIGESTIVO	1	0	0	1
DIGESTIVO CONSULTA EXTERNA	10	0	0	10
ENFERMERIA DIGESTIVO/UEI/UAR	0	0	1	1
ENFERMERIA M.INTER. Y NEURO	0	0	2	2
ENFER. MED. INT.,ONCO Y HEMA.	0	0	1	1
ENDOCRINOLOGIA C. EXTERNA	5	8	3	16
ESTERILIDAD	0	2	0	2
FARMACIA	2	2	1	5
GINECOLOGIA	1	4	5	10
GINECOLOGIA CONSULTA EXTERNA	6	18	13	37
GINECOLOGIA C.ESPECIALIDADES	1	0	0	1
GINECOLOGIA C.ESP. ALMANSA	1	0	0	1
GERENCIA	0	0	1	1
GERIATRIA CEXT. H.P.SOCORRO	1	0	0	1
HEMATOLOGIA C. EXTERNA	2	0	0	2
HOSPITAL GENERAL	12	3	0	15
ATENCION PRIMARIA	3	0	0	3
LIMPIEZA	0	0	2	2

LITOTRICIA	0	1	0	1
MEDICINA INTERNA C. EXTERNA	7	43	7	57
MEDICINA NUCLEAR	3	1	0	4
NEUROCIRUGIA	2	3	1	6
NEUROCIRUGIA C. EXTERNA	22	27	10	59
NEUMOLOGIA	2	0	0	2
NEMOLOGIA C. EXTERNA	4	2	2	8
P. S§ GENERALES	0	1	0	1
PERS. S§ GENERALES	9	0	0	9
NEUROLOGIA	0	1	0	1
NEUROLOGIA CONSULTA EXTERNA	3	6	4	13
NEUROFISIOLOGIA CLINICA	1	0	0	1
NEUROFISIOLOGIA CONSULTA EXTERNA	0	2	1	3
OFTALMOLOGIA	2	0	1	3
OFTALMOLOGIA CONSULTA EXTERNA	4	11	9	24
OFTALMOLOGIA URGENCIAS	0	1	0	1
OFTALMOLOGIA CEXT H.P.SOCORRO	1	0	0	1
ONCOLOGIA C. EXTERNA	0	1	1	2
OTORRINOLARINGOLOGIA	2	1	1	4
OTORRINOLARINGOLOGIA C. EXTERNA	2	2	6	10
OTORRINOLARING H.P.SOCORRO	0	0	1	1
PULMON Y CORAZON CONS.EXT.	0	1	0	1
PEDIATRIA	5	5	3	13
BLOQUE QUIRURGICO	0	0	1	1
QUIROFANO CENTRO DE ESPECIALIDADES	0	0	1	1
REHABILITACION	2	4	2	8
REHABILITACION C. EXTERNA	35	38	8	81
REUMATOLOGIA C. EXTERNA	3	4	1	8
REUMATOLOGIA CEXT H.P.SOCORRO	1	1	0	2
RADIODIAGNOSTICO	3	5	4	12
RADIODIAGNOSTICO C.ESPECIALID.	6	2	0	8
SERVICIO DE ADMISIÓN	4	5	2	11
SERVICIO ADJUNTO A LA GERENCIA	3	5	0	8
SALUD MENTAL	1	5	9	15
ARCHIVO Y DOCUMENTACION CLINI.	37	16	4	57
TOCOLOGIA	1	1	2	4
TRAUMATOLOGIA Y C. ORTOP.	5	12	32	49

UNIDAD CUIDADOS INTENSIVOS	0	1	1	2
URGENCIAS PUERTA	32	42	10	84
UROLOGIA	0	1	2	3
UROLOGÍA C. EXTERNA	0	3	3	6
QUIROFANO DE UROLOGIA	0	0	1	1
SERVICIO GENERICO VARIOS	49	22	28	99
TOTAL.....	340	370	207	917
TOTAL %	**37,1%**	**40,3%**	**22,6%**	**100%**

Estándar 6. El hospital realiza correctamente el proceso de consentimiento informado.

**Responsable del estándar: Equipos de inspección sanitaria.
**Criterios:

-Ante intervenciones o pruebas diagnósticas de riesgo, se utiliza el documento de consentimiento informado (DCI) específico. (94,65%)
-Los DCI se han adaptado a las características del hospital, y han sido aprobados por la comisión correspondiente. (100%)
-Los DCI están correctamente firmados por médico y paciente, y ambos están identificados. (a. 0,49%; b. 19,02%)
-En el DCI están reflejados los riesgos personalizados de la intervención o prueba diagnóstica. (99,43%)
-Los documentos elaborados por el hospital se adaptan a las recomendaciones del Ministerio de Sanidad, o del Convenio sobre Derechos Humanos y Biomedicina de Oviedo. (100%)

Metodología. El trabajo de campo se realizó por equipos de inspección sanitaria que entregarán al coordinador del centro el resultado de cada uno de los criterios estipulados. A partir de esa valoración, corresponderá al coordinador de cada hospital realizar la autoevaluación de acuerdo con los niveles propuestos para los estándares.

Nivel de cumplimiento

1 2 **X** 3 4 5 6

** Interpretación de resultados/ Análisis de las causas/ Sugerencias:

Las conclusiones:

1. Falta el nombre y la firma del Médico en un porcentaje próximo al 24%.
2. Los riesgos personales no se rellenan de forma sistemática.

Propuestas de mejora:

1. El documento de Consentimiento Informado, debe existir en el 100 % de las historias clínicas, y debe estar íntegramente cumplimentado.
2. Constatar los riesgos personales en el Consentimiento Informado.

Estándar 7. El Hospital tiene un sistema de vigilancia de la infección hospitalaria.
**Responsable del estándar: Unidad de Medicina Preventiva (Dra M Lizán)
**Criterios:

-El hospital implantado un sistema de vigilancia y prevención de la infección.
-El sistema de vigilancia ha sido diseñado de acuerdo al tipo de hospital y pacientes que atiende, con la participación multidisciplinar de los profesionales implicados y de los expertos en infección hospitalaria.
-El sistema adoptado por el hospital se encuentra documentado.
-En el se define el servicio y/o personas responsables y se describen las actividades que se deben llevar a cabo.
-Se monitorizan los riesgos, las tasas de infección (prevalencia y/o incidencia) y las tendencias.
-Se difunde la información a todos los implicados.
-Se analizan las causas y se implantan las acciones necesarias para mejorarlas.

Nivel de cumplimiento

X1 2 3 4 5 6

Estándar 8. El hospital tiene implantado un protocolo del sondaje y cuidados de enfermería en el paciente sondado.
**Responsable del estándar: Dirección de Enfermería.
**Criterios:

-Existe un protocolo escrito sobre criterios de sondaje (inicio y retirada) y los cuidados de enfermería del paciente sondado, que ha sido consensuado multidisciplinarmente.
-El protocolo se ha difundido en todas las unidades y a todos los profesionales implicados (médicos, enfermeras, auxiliares, celadores, etc.)
-El hospital utiliza sistemas de sondaje cerrados, salvo para aquellas circunstancias en que no son precisos y que constan explícitamente en el protocolo.
-El hospital hace una evaluación regular del cumplimiento de este estándar y esa evaluación se encuentra documentada.
-Los resultados de la evaluación se difunden a las personas implicadas.
-En el caso de detectar problemas, se analizan las causas y se implantan acciones de mejora.

Nivel de cumplimiento

1 **X**2 3 4 5 6

** Interpretación de resultados/ Análisis de las causas/ Sugerencias
Comentarios:
-El protocolo se ha difundido en todas las unidades pero no se utiliza de forma generalizada y no se ha difundido a todos los profesionales implicados (médicos, enfermeras, auxiliares, celadores, etc.).
-El hospital hace una evaluación anual del cumplimiento de este estándar y esa evaluación se encuentra documentada pero no es difundida.

Estándar 9. Donación y el transplante de órganos.
**Responsable del estándar: Comisión de Trasplante, Dr. J. L. Cortés.
**Criterios:

-El hospital tiene implantado el protocolo de la ONT para mejorar el proceso y aumentar la tasa de donaciones.
-El hospital hace una evaluación regular del cumplimiento de este estándar y la evaluación se encuentra documentada.
-Los resultados se difunden a las personas implicadas. En el caso de detectar problemas, se analizan las causas y se implantan acciones de mejora.
-El hospital envía los datos en plazo a la ONT.

Nivel de cumplimiento

X1 2 3 4 5 6

RESULTADOS DEL PROCESO DE DONACION DURANTE EL AÑO 2001

Nº de Donantes de órganos: 9
Nº de Donantes sólo de córneas: 2

Nº de extracciones sólo renales	2
Nº de extracciones renales más tejidos	2
Nº de extracciones multiorgánicas	2
Nº de extracciones multiorgánicas más tejidos	3
Total donantes de órganos	9

Organos y tejidos generados:

Nº de riñones extraídos	18
Nº de hígados extraídos	5
Nº de corazones extraídos	1
Nº de pulmones extraídos	0
Nº de córneas extraídas	14

Entrevistas familiares y solicitudes judiciales:

Nº de entrevistas familiares	19
Nº de negativas familiares	7
Nº de solicitudes judiciales	5
Nº de negativas judiciales	0

Resultados de evaluación interna del Plan de Garantía de Calidad de la Organización Nacional de Trasplantes

DATOS GLOBALES	**2001**	2000	1999	1998
Nº de éxitus en Unidades de Críticos (UC)	176	146	150	120
Nº de éxitus en Muerte encefálica (ME)	29	20	33	19
Nº de donantes potenciales detectados (DD)	29	20	32	19
Nº de donantes potenciales aceptados (DA)	19	13	26	12
Nº de entrevistas familiares	19	13	25	12
Nº de negativas familiares	7	6	12	5
Nº de donantes reales	9	7	13	7

En dos casos de muerte encefálica en pacientes pediátricos (un neonato y uno menor de un año) no existían receptores adecuados a sus características de tamaño y grupo sanguíneo.

En uno de ellos (9 meses de edad) se había completado el proceso, incluyendo entrevista familiar y solicitud judicial, no realizándose extracción de órganos por la ausencia de receptor.

En el otro caso no llegó a realizarse entrevista familiar al tener conocimiento previo de la ausencia de receptor.

Fase A: Detección de éxitus en muerte encefálica en Unidades de Críticos

***Indicador 1*: Porcentaje de éxitus en UC con diagnóstico clínico de muerte encefálica**

Fórmula: Nº éxitus en UC con diagnóstico clínico de ME x 100/Nº éxitus en UC

Resultado: 29 x100/176 = **16.5%**

1998	1999	2000
15.8%	22%	13.7%

Indicador 2: Porcentaje de éxitus en UC con ME detectados por la coordinación (DD)

Fórmula: Nº éxitus en ME evaluados por la coordinación x 100/Nº éxitus en ME

Resultado: 29 x100/29 = **100%**

1998	1999	2000
100%	96.9%	100%

Indicador 3: Porcentaje de donantes sobre éxitus en UC

Fórmula: Nº donantes x 100/ Nº éxitus en UC

Resultado: 9 x 100/176 = **5.1%**

1998	1999	2000
5.8%	8.6%	4.8%

Fase B: Valoración del donante potencial por la coordinación

Indicador 1: Porcentaje de éxitus con ME no aceptados como donantes por la coordinación por contraindicación médica

Fórmula: Nº éxitus con ME no aceptados por causa médica x 100/Nº éxitus con ME

Resultado: 10 x 100 / 29 = **34.5%**

1998	1999	2000
36.8%	18.2%	35%

Fase C: Diagnóstico legal de muerte encefálica

Indicador 1: Porcentaje de éxitus con ME aceptados como donantes en que no se realiza diagnóstico legal (DL)

Fórmula:

Nº éxitus con ME aceptados como donantes sin hacer DL x 100/ Nº éxitus con ME aceptados como donantes

Resultado: 0 x100/ = **0%**

1998	1999	2000
0%	0%	0%

Indicador 2: Porcentaje de éxitus con ME aceptados como donantes y con DL en que no se obtiene autorización judicial (AJ)

Fórmula: Nº éxitus con ME y DL aceptados y sin AJ x 100/Nº AJ solicitadas

Resultado: 0 x 100 / 5 = **0%**

1998	1999	2000
0%	0%	0%

Fase D: Entrevista familiar

Indicador 1: Porcentaje de éxitus con ME en los que se ha realizado entrevista familiar

Fórmula: Nº éxitus con ME y entrevista familiar x 100 / Nº éxitus con ME

Resultado: 19 x 100 / 29 = **65.5%**

1998	1999	2000
63.1%	78.1%	65%

Indicador 2: Porcentaje de entrevistas familiares que niegan la donación

Fórmula: Nº entrevistas negativas x 100 / Nº de entrevistas

Resultado: 7 x 100 / 19 = **36.8%**

1998	1999	2000
41.7%	48%	46%

Fase E: Mantenimiento del donante

Indicador 1: Porcentaje de pacientes con ME, aceptados como donantes en que no ha sido posible el mantenimiento hemodinámico.

Fórmula: Nº éxitus con ME aceptados no mantenidos x 100 / Nº éxitus con ME aceptados

Resultado: 1 x 100 / 19= **5.3%**

1998	1999	2000
0%	3.8%	0%

Indicador 2: Porcentaje de éxitus con ME aceptados como donantes en los que aparecen contraindicaciones médicas posteriores

Fórmula: Nº éxitus con ME aceptados y contraindicación posterior x 100 / Nº éxitus con ME aceptados

Resultado: 0%

1998	1999	2000
0%	3.8%	0%

Distribución por Servicios:

	Exitus	M.E.	C.M.	N.F.	D.R.
Reanimación	72	9	3	1	4
U.C.I polivalente	64	15	5	5	4
U. Coronaria	28	1	1		
U.C.I pediátrica	12	4	1	1	1
Total	176	29	10	7	9

Estándar 10. Liderazgo de la Gerencia del hospital en la implantación del Plan de Calidad.

**Responsable del estándar: Director Gerente, Dr. J Moreno Cánoves.

**Criterios:

-La Gerencia dirige el diseño, implantación y evaluación del Plan de Calidad del hospital.

-Cuando se detecta un problema de calidad, el Gerente pone los recursos y adopta las medidas necesarias para solucionarlo.

-Convoca de forma sistemática reuniones del Comité[1] de Calidad del hospital.

-Conoce todas aquellas iniciativas de mejora de la calidad que se están llevando a cabo en el hospital.

-Celebra como mínimo una sesión hospitalaria anual para mostrar los objetivos y resultados del Plan de Calidad.

-Acuerda y firma los objetivos con cada uno de los responsables de los servicios del hospital.

-Facilita el personal, tiempo y la formación necesarios para que los profesionales puedan participar en actividades de planificación, evaluación y mejora de la calidad de la asistencia.

-Los resultados de calidad de los servicios han dado lugar a variaciones en la distribución de la productividad variable.

-Ha acordado con el coordinador de calidad el tiempo de dedicación necesario para coordinar el Plan de Calidad del hospital.

-Ha acordado con el coordinador un cronograma de reuniones y método de trabajo con los distintos servicios y unidades del hospital.

-El profesional de enfermería responsable de calidad está integrado en la Unidad de Calidad.

-Mantiene de forma periódica reuniones con el Coordinador de Calidad.

-Ha asignado recursos a la Unidad de Calidad: despacho, apoyo administrativo, dirección de correo electrónico, etc…

Nivel de cumplimiento

1 **X** 2 3 4 5 6

Nivel de cumplimentación	
Cumplimiento sustancial. El hospital cumple debidamente con los principales requisitos del estándar.	1
Cumplimiento significativo. El hospital cumple la mayoría de requisitos del estándar.	2
Cumplimiento parcial. El hospital cumple con algunos de los requisitos del estándar.	3
Cumplimiento mínimo. El hospital cumple pocos de los requisitos del estándar.	4
No cumplimiento. El hospital no cumple con los requisitos del estándar.	5
No aplicable. El estándar no es aplicable en el hospital.	6

OBJETIVO GENERAL 1: MEJORAR LA INFORMACION A PACIENTES Y FAMILIARES

Mejorar la información es una de las metas del Plan de Calidad, de acuerdo con la línea estratégica de la Institución de orientar los servicios al ciudadano. La información permite al paciente participar con el médico en la toma de decisiones, adecuar sus expectativas, mejorar la adherencia de los pacientes a los tratamientos, etc., lo que redunda en una mayor calidad técnica y percibida de la atención sanitaria.

Los hospitales deben elaborar una Guía con los criterios que se deben seguir en el proceso de información a pacientes y familiares (Guía Hospitalaria sobre la Información a Pacientes y Familiares). Esta Guía debe incluir todos aquellos aspectos relevantes que contribuyan a mejorar la calidad de la información, como: información acerca de los derechos y deberes del paciente, señalización del servicio, existencia de lugares y horarios definidos para informar a los familiares, proceso de información al paciente (evolución, pruebas, procedimientos, alta), procedimiento de consentimiento informado cuando sea necesario, material informativo de apoyo, etc.

La Guía ha de orientar ante problemas frecuentes que afectan tanto a los pacientes como a los equipos asistenciales. Es importante que en la elaboración de esta Guía participen, junto con otros profesionales del hospital, miembros del Servicio de Atención al Paciente, del Comité de Ética y Coordinador de Calidad. Una vez elaborada, la Guía debe ser adecuadamente difundida en el hospital. Además, se elaborarán los planes de cada Servicio, teniendo en cuenta sus características y las necesidades del Servicio y de los pacientes.

Asimismo, la Guía debe servir para la elaboración del Plan de Información de los servicios. Este Plan debe plasmarse por escrito y ha de ser conocido y aceptado por todos los miembros del servicio.

Objetivo operativo 1.1 Conseguir que el hospital elabore una guía sobre la información a pacientes y familiares

****¿Evalúa el hospital este objetivo?:**
Si
No **X**

****Responsable del objetivo (nombre y puesto de trabajo):**
Servicio de Admisión (F. Bernad)

****¿Cuál ha sido la acción de mejora más relevante llevada a cabo?:**
Conocer la situación actual de la metodología de información y acogida a los pacientes. Reconocimiento de la necesidad de elaborar una guía.

****Indicador 1.1 ¿Se ha elaborado la Guía Hospitalaria de Información a pacientes y familiares?**
Si
No **X**

Pacto en el CG 01 ...**E**..... Resultado alcanzado ....**E**.....

Objetivo operativo1.2 Conseguir que todos los servicios clínicos que precisen informar a pacientes y familiares tengan un Plan de Información

****¿Evalúa el hospital este objetivo?:**
Si **X**
No

****Responsable del objetivo (nombre y puesto de trabajo):**
Servicio de Admisión (F. Bernad) / Dirección Medica.

****¿Cuál ha sido la acción de mejora más relevante llevada a cabo?:**
Comunicación a los Servicios de la necesidad de sistematizar la información a pacientes y familiares.

****Indicador 1.2 Porcentaje de servicios que precisan informar, que tienen un plan documentado de información a pacientes y familiares de acuerdo a las líneas de la Guía Hospitalaria sobre la Información a pacientes y familiares.**
Fórmula del indicador

$$\frac{\text{Nº Sº clínicos que tienen un plan documentado para la información de acuerdo a la Guía x 100}}{\text{Nº total de servicios clínicos que precisan informar a pacientes y familiares}}$$

**CRITERIOS DE EVALUACIÓN: Para considerar que un Servicio dispone de Plan de Información, este deberá constar por escrito, y se ajustará en lineas generales a la Guía Hospitalaria para la información a pacientes y familiares.

Resultado:

$$\frac{\text{Nº } \mathbf{8}}{\text{Nº } \mathbf{36}} \times 100 = .\mathbf{22,22} \text{..... \%}$$

Pacto en el CG 01 .**E**..... Resultado alcanzado .....**E**.....

Plan de información	
Niveles	Rango (%)
A	90-100
B	80-89
C	70-79
D	50-69
E	<50

OBJETIVO GENERAL 2. MEJORAR LA SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES CON LA ATENCIÓN RECIBIDA

Los pacientes tienen unas expectativas sobre la calidad de la atención sanitaria, basadas en su experiencia, la información recibida de otras personas y de los medios de comunicación, así como de la oferta realizada por el sistema sanitario. La relación entre la calidad esperada y la percibida condiciona el grado de satisfacción. El Plan de Calidad Total del INSALUD propone el objetivo de reducir las diferencias entre expectativas y percepciones. Conocer la opinión de los pacientes permite detectar aspectos de la atención susceptibles de ser mejorados.

Los centros del INSALUD han venido realizando encuestas de satisfacción de los pacientes tras la hospitalización. Estas encuestas eran, en su mayoría, modificaciones de un modelo que hace varios años fue diseñada en el Ministerio de Sanidad y Consumo. En breve plazo se notificará la encuesta que proponga el INSALUD sea utilizada por los hospitales, con el fin de disponer de una herramienta común que permita comparar los resultados obtenidos.

Por otro lado, dentro de los objetivos asistenciales inscritos en el Contrato de Gestión 2001 de Atención especializada, y con la orientación dirigida hacia la satisfacción del paciente se pretende implantar la realización de la 1ª receta en AE en la totalidad de las prescripciones a pacientes dados de alta de hospitalización y atendidos en consultas externas.

Este objetivo no sólo mejora la atención al paciente y la calidad percibida, sino que conecta con otra prioridad importante como es la mejora de calidad en la prescripción farmacéutica.

Objetivo operativo 2.1. Divulgar e implantar una encuesta posthospitalización común para todos los hospitales.

****¿Evalúa el hospital este objetivo?:**
Si **X**
No

****Responsable del objetivo (nombre y puesto de trabajo):**
Servicio de Atención al Paciente (Dña C Hernández Millán). Servicio de Admisión.

****¿Cuál ha sido la acción de mejora más relevante llevada a cabo?:**
Análisis de la encuesta del año 2001 con el cuestionario del año 2000. Necesidad de aplicar la encuesta por Servicios.

****Indicador 2.1. ¿Ha implantado el hospital la encuesta posthospitalización? (*)**
Si
No **X**

Objetivo operativo 2.2. Aumentar la implantación de la receta en Consultas Externas y al alta hospitalaria (excluyendo las altas del área de Urgencias)

****¿Evalúa el hospital este objetivo?:**
Si **X**
No

****Responsable del objetivo (nombre y puesto de trabajo):**
Unidad de Calidad, Supervisión de enfermería. Supervisora de Consultas Externas.

****¿Cuál ha sido la acción de mejora más relevante llevada a cabo?:**
Evaluación del indicador.

****¿Disponen todos los médicos que firman altas en su hospital de talonario de recetas?**
Si **X**
No

****Indicador 2.2. Porcentaje de pacientes que han recibido todas las primeras recetas al alta y en consultas externas respecto del total de pacientes que debían recibir primeras recetas.**

Fórmula del indicador
Nº pacientes a los que se les ha facilitado la totalidad de primeras recetas que necesitaban al alta y consultas externas
Nº total de pacientes (alta y en consultas externas) que precisaron al menos alguna primera receta

**METODOLOGÍA: Muestreo estratificado en función de si son pacientes al alta o de consultas externas. Por tanto se exige representatividad para ambas categorías.
En cada control de enfermería del hospital (o en algunos que representen todas las áreas) y en las consultas externas, mediante una hoja de registro se recogerá la información necesaria para obtener el indicador en la que constará para cada alta / consulta durante ese día:

1º.- ¿Se le ha prescrito algún tratamiento nuevo?

2º.- Si es así: ¿Se le han suministrado a paciente la totalidad de primeras recetas correspondientes?

Los datos se recogerán de martes a jueves cada semana, durante el periodo de tiempo necesario para completar el tamaño muestral necesario. Se sugiere utilizar una prevalencia del 50%, alfa=0'05 y error máximo aceptable un 10%.

CONSULTAS EXTERNAS

Resultado:

Nº 96 / Nº 96 x 100 = ...100..... %

Pacto en el CG 01 .....**B**..... Resultado alcanzado.....A.....

PLANTA

Resultado:

Nº 85 / Nº 96 x 100 = ...88,55%..... %

Pacto en el CG 01 .....**B**..... Resultado alcanzado.....B.....

OBJETIVO GENERAL 3. MEJORAR LA CALIDAD Y LA EFICIENCIA DE PROCESOS

La Medicina Basada en la Evidencia trata de que la toma de decisiones clínicas e institucionales se fundamente en la mejor información científica disponible. Su éxito se debe a la constatación de la gran variabilidad de la práctica clínica, no explicable por diferencias en la población, la búsqueda de prácticas seguras y efectivas, y el creciente gasto sanitario. Las instituciones responsables de la asistencia sanitaria deben promover que la práctica clínica esté basada en evidencia y los profesionales sanitarios deben considerar como una responsabilidad ética la actualización de sus conocimientos y el consenso con otros

profesionales.

La mejora de la calidad de la asistencia conlleva, entre otros aspectos, definir la práctica correcta, aplicarla adaptándola al contexto y evaluar posteriormente su aplicación y resultados. Ello permitiría aumentar la satisfacción de los pacientes, disminución del riesgo de complicaciones, mejora de los resultados clínicos y adecuación del gasto sanitario.

El programa de calidad ha tenido en el ámbito de los protocolos dos objetivos sobre aspectos muy concretos de la práctica asistencial y en los que ya se lleva un tiempo trabajando en los hospitales: la profilaxis antibiótica quirúrgica y la protocolización de los cuidados de enfermería. Ambos son aspectos asistenciales bien delimitados, frecuentes, con grandes beneficios de un uso apropiado. Aparte de este beneficio, la sencillez en su aplicación contribuye a crear y extender entre los profesionales la necesidad de disponer de pautas de actuación correctas, evaluar su aplicación y contrastar con los resultados clínicos.
Los servicios deben proseguir con la implantación de protocolos en procesos frecuentes, tratando de integrar todos los aspectos relacionados (organizativos, médicos, cuidados de enfermería, pruebas diagnósticas, etc). Es conveniente que parte de dichos objetivos estén integrados en las vías clínicas. Los protocolos deben ser actualizados, basarse en evidencia científica, y asegurar la continuidad de cuidados.

Objetivo operativo 3.1. Implantar protocolos en los servicios asistenciales

****¿Evalúa el hospital este objetivo?:**
Si **X**
No

****Responsable del objetivo (nombre y puesto de trabajo):**
Dirección Médica. Unidad de Calidad.

****¿Cuál ha sido la acción de mejora más relevante llevada a cabo?:**
Implantación de los protocolos

****Indicador 3.1. Nº de protocolos / guías de actuación documentadas, implantadas y evaluadas en los servicios asistenciales del hospital.**

Pacto CG 01…**5**……..
Nº protocolos documentados, implantados y evaluados en el hospital……**5**……

Objetivo operativo 3.2. Mejorar los protocolos de profilaxis antibiótica

****¿Evalúa el hospital este objetivo?:**
Si **X**
No
No precisa

****Responsable del objetivo (nombre y puesto de trabajo):**
Dra. M Lizán. (Unidad de Medicina Preventiva).
****¿Cuál ha sido la acción de mejora más relevante llevada a cabo?:**
Reuniones con servicios quirúrgico y farmacia para introducción de profilaxis intraoperatoria durante la inducción anestésica.

****Indicador 3.2.1 Porcentaje de pacientes con profilaxis antibiótica adecuada a Protocolo.**

Fórmula del indicador
Nº pacientes intervenidos a los que se ha aplicado el protocolo de profilaxis de forma correcta x100

Nº de pacientes intervenidos evaluados (excepto intervenciones de cirugía sucia)

Periodo de estudio...**enero-octubre 2001**.....

Resultado

Nº **720** x 100 = ..**69,6%**..... %
Nº **1035**
Pacto en el CG01.....**C**..... Resultado alcanzado.....**D**.....

Niveles	Rango (%)
A	90-100
B	80-89
C	70-79
D	50-69
E	< 50

**METODOLOGÍA:Se incluyen todos (o muestra aleatoria) los pacientes intervenidos (salvo cirugía sucia), durante el periodo de tiempo de estudio que determine el hospital.

**CRITERIOS DE EVALUACIÓN: Se considerará profilaxis antibiótica correcta (de acuerdo a protocolo), si se cumplen los criterios siguientes:
-Indicación de la profilaxis
-Tipo de antibiótico utilizado correcto.
-Dosis correcta.
-Via de administración adecuada..
-Duración de la profilaxis correcta.

**INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS /ANÁLISIS DE CAUSAS /SUGERENCIAS

Para tener un mejor conocimiento de las causas de la probable inadecuación del uso de la profilaxis, este indicador se desdobla en dos:

Indicador 3.2.2 Porcentaje de pacientes con profilaxis antibiótica adecuada a Protocolo en pacientes sometidos a cirugía limpia.

Fórmula del indicador

Nº pacientes intervenidos a los que se ha aplicado el protocolo de profilaxis de forma correcta x100
Nº de pacientes intervenidos evaluados (solo cirugía limpia sin implantes)

Nº **85** x 100 = ...**80,9%**..... %
Nº **105**

Indicador 3.2.3. Porcentaje de pacientes con profilaxis antibiótica adecuada a Protocolo en pacientes sometidos a cirugía limpia con implantes, limpia-contaminada y contaminada.

Fórmula del indicador

Nº pacientes intervenidos a los que se ha aplicado el protocolo de profilaxis de forma correcta x100
Nº de pacientes intervenidos evaluados (solo cirugía limpia con implantes, limpia-contaminada y contaminada)

Nº **666** x 100 = ...**68,5%**..... %
Nº **971**

Objetivo operativo 3.3. Aplicar los cuidados de enfermería de acuerdo a protocolo.

Los protocolos asistenciales se establecen para evitar la variabilidad en la práctica asistencial, garantizando así al enfermo una asistencia homogénea, independientemente del profesional que le trate. Los protocolos permiten normalizar los cuidados enfermeros, disminuir la variabilidad de los mismos, mejorar la calidad de los servicios al definir los cuidados prestados y establecer los criterios para evaluarlos. Asímismo facilita la adaptación al personal de nueva incorporación.

Cada hospital determinará los protocolos a desarrollar. Es aconsejable protocolizar cuidados que afecten a un gran volumen de pacientes, o que tengan fuerte impacto (sea en relación a posibles efectos yatrogénicos como económicos). Además (en la línea estratégica de mejorar la continuidad de cuidados) es recomendable que los hospitales que no tengan desarrollado el protocolo de continuidad de cuidados/alta enfermera lo desarrolle como objetivo prioritario.

****¿Evalúa el hospital este objetivo?:**
Si **X**
No

****Responsable del objetivo (nombre y puesto de trabajo):**
Dirección de enfermería.

****¿Cuál ha sido la acción de mejora más relevante llevada a cabo?:**
Evaluación de los protocolos que se han implantado.

**Indicador 3.3. Nº de protocolos enfermeros desarrollados, implantados y evaluados en el hospital.

Pacto CG 01……3…..
Nº protocolos desarrollados, implantados y evaluados en el hospital……3

**CRITERIOS DE EVALUACIÓN: Especificar denominación del protocolo y fase de implantación.
Se deben excluir de este indicador los protocolos de UPP, sondaje vesical y planes de cuidados incluidos en las vías clínicas.

Protocolos desarrollados, implantados y evaluados en el hospital han sido:

1. Informe de alta de enfermería.
2. Vías venosas.
3. Plan de Acogida del paciente y familiares en las unidades de hospitalización.

**ANEXOS: Enviar los criterios utilizados para la evaluación de la adecuación a los protocolos enfermeros implantados en el hospital.

1. Criterios de evaluación del informe de alta de enfermería.
    a. Existencia del alta por unidades de hospitalización.
    b. Cumplimentación datos de :
        1. Filiación.
        2. Desarrollo del proceso.
        3. Recomendaciones de cuidados.
        4. Identificación del profesional.
        5. Teléfono de contacto.
2. Criterios de evaluación del protocolo de vías venosas.
    a. Existencia del registro.

b. Cumplimentación adecuada.

3. Criterios de evaluación del Plan de Acogida del paciente y familiares en las unidades de hospitalización. La evaluación se realiza con la Encuesta de Plan de Acogida elaborada cuando se implantó dicho plan. La encuesta consta de 16 items: las preguntas 1 a 7 y la 15 evalúan la acogida del paciente; de la 8 a la 12, cuidados de enfermería; la pregunta 13, la confidencialidad; y la pregunta 16, grado de satisfacción (trato e información).

**INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS /ANÁLISIS DE CAUSAS /SUGERENCIAS:

1. Resultados de evaluación del informe de alta de enfermería.

Existencia del alta por unidades de hospitalización (UH): 12,98 % de altas/Unidad de Hospitalización

2. Resultados de evaluación del protocolo de vías venosas

En todas las historia (100 %, n=30) existe registro de la vía venosa utilizada. Si se señaliza y registra de acuerdo a protocolo.

3. Resultados de evaluación del Plan de Acogida del paciente y familiares en las unidades de hospitalización.

Podemos destacar:

- Los pacientes expresan que en el 50 % (n=36) de los casos el personal de enfermería acompaña al paciente a la habitación y además se presenta al enfermo.
- En el 88,88 % (n=64) de los casos los enfermos saben donde se encuentran (habitación, planta).
- En el 94,44 % (n=68) de los pacientes saben cómo llamar al personal de enfermería.
- El 91,66 % (n=66) de los pacientes no ha recibido el folleto informativo.
- En relación al trato recibido por el personal de enfermería, el 73,61% (n=53) dice que es correcto. Al igual que la información con un 73,61% (n=53).
- De los enfermos encuestados, el 69,44 % (n=50) expresan el uso de medidas (hablar en voz baja, a solas y con la cortina corrida) para mantener la confidencialidad.

Objetivo operativo 3.4. Mejorar la Implantación de las guías de las sociedades científicas

Las guías diseñadas en colaboración con la Sociedades Científicas (SS.CC.) implantadas en 1998 se mantienen para el año 2001. Dichas guías son:

- Cataratas.
- Amigdalectomía/adenoidectomía.
- Hiperplasia benigna de próstata.
- Prótesis total de rodilla.
- Prótesis total de cadera.
- Hallux valgus.

A pesar de que la evaluación del cumplimiento de estos protocolos ha tenido unos resultados altos, se mantiene este objetivo por dos razones fundamentales:

- Las tasas de depuración de la lista de espera continúan siendo altas, y uno de los motivos de depuración está relacionado con la indicación, por lo que aún quedan aspectos por mejorar. El protocolo debe ser conocido por todos los facultativos que incluyen pacientes en lista de espera.
- Estos protocolos de las SSCC deben ser vistos como el germen de protocolos de procesos asistenciales frecuentes. A su vez estos pueden ser el punto de partida de vías clínicas, o cualquier otra herramienta para gestionar con calidad los procesos asistenciales.

**3.4.1. Protocolo de Cataratas

De acuerdo a las características del hospital, **¿evalúa el hospital este objetivo?**:

Si **X**

No

No precisa

Responsable del objetivo (nombre y puesto de trabajo)

Dra. Mª Angeles Claramunt (FEA Servicio de Oftalmología)

¿Cuál ha sido la acción de mejora más relevante llevada a cabo?

Análisis del protocolo.

Indicador 3.4.1. Porcentaje de pacientes que han sido incluidos en la lista de espera de cataratas de acuerdo al protocolo.

Fórmula del indicador

Nº pacientes incluidos en lista de espera de acuerdo al protocolo x 100

Nº pacientes incluidos en lista de espera evaluados

Población y muestra de estudio

Todos los pacientes de ese procedimiento incluidos en lista de espera en el periodo escogido, o una muestra aleatoria en función del volumen de pacientes en dicho periodo. Se excluyen los pacientes ya intervenidos.

Periodo de estudio....**octubre 2001**.....
Población total del periodo de estudio..**256**...
Población estudiada: **30**
Total
X Muestra
Resultado
Nº **30** x 100 = ...100..... %
Nº **30**
Pacto en el CG01 ...**A**..... Resultado alcanzado .....**A**.....

**INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS /ANÁLISIS DE CAUSAS /SUGERENCIAS.

La realización del estudio ha estado condicionado por:

1. Tamaño final de la muestra habiendo utilizado en algunos casos 30 casos como muestra adecuada estadísticamente.
2. Problemas técnicos en el Servicio de Archivo.
3. Por el recorte de tiempo en los plazos de presentación de los resultados que impiden la realización de correcciones.

3.4.2. Protocolo de amigdalectomía y adenoidectomía

De acuerdo a las características del hospital, **¿evalúa el hospital este objetivo?:

Si **X**

No

No precisa

Responsable del objetivo (nombre y puesto de trabajo)

Dr. Javier Díaz Fernández (FEA Servicio de Otorrinolaringología)

¿Cuál ha sido la acción de mejora más relevante llevada a cabo?

Envío de los resultados al servicio.

Indicador 3.4.2. Porcentaje de pacientes que han sido incluidos en la lista de espera de amigdalectomía/ adenoidectomíade de acuerdo al protocolo.

Fórmula del indicador

Nº pacientes incluidos en lista de espera de acuerdo al protocolo x 100
Nº pacientes incluidos en lista de espera evaluados

Población y muestra de estudio

Todos los pacientes incluidos en lista de espera en el periodo escogido, o una muestra aleatoria en función del volumen de pacientes en dicho periodo. Se excluyen los pacientes ya intervenidos.

Periodo de estudio..**enero- octubre 2001**.
Población total del periodo de estudio.**277**.
Población estudiada:**50 (Población estudiada final n=41)**
Total
X Muestra
Resultado
Nº 41 x 100 = ...100..... %
Nº 41
Pacto en el CG01 .....**A**..... Resultado alcanzado **.....A** .....

Niveles	Rango (%)
A	90-100
B	80-89
C	70-79
D	50-69
E	< 50

**INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS /ANÁLISIS DE CAUSAS /SUGERENCIAS.

La realización del estudio ha estado condicionado por:

1. Tamaño final de la muestra habiendo utilizado en algunos casos 30 casos como muestra adecuada estadísticamente.
2. Problemas técnicos en el Servicio de Archivo.
3. Por el recorte de tiempo en los plazos de presentación de los resultados que impiden la realización de correcciones.

3.4.3. Protocolo de hiperplasia benigna de próstata

De acuerdo a las características del hospital, **¿evalúa el hospital este objetivo?**:
Si **X**
No
No precisa

Responsable del objetivo (nombre y puesto de trabajo)
Dr. M Segura (FEA Servicio de Urología).

¿Cuál ha sido la acción de mejora más relevante llevada a cabo?
El análisis del indicador.

Indicador 3.4.3. Porcentaje de pacientes que han sido incluidos en la lista de espera de Hiperplasia benigna de próstata de acuerdo al protocolo.

Fórmula del indicador

Nº pacientes incluidos en lista de espera de acuerdo al protocolo x 100
Nº pacientes incluidos en lista de espera evaluados

Población y muestra de estudio

Todos los pacientes incluidos en lista de espera en el periodo escogido, o una muestra aleatoria en función del volumen de pacientes en dicho periodo. Se excluyen los pacientes ya intervenidos.

Periodo de estudio: .**enero-octubre 2001**.
Población total del periodo de estudio.**221**...

Población estudiada:**30**
Total
X Muestra
Resultado

Nº **24** x 100 = ...**80**..... %
Nº **30**

Pacto en el CG01 .....**C**..... Resultado alcanzado .....**B**.....

**INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS /ANÁLISIS DE CAUSAS /SUGERENCIAS.

La realización del estudio ha estado condicionado por:

1. Tamaño final de la muestra habiendo utilizado en algunos casos 30 casos como muestra adecuada estadísticamente.
2. Problemas técnicos en el Servicio de Archivo.
3. Por el recorte de tiempo en los plazos de presentación de los resultados que impiden la realización de correcciones.

Niveles	Rango (%)
A	90-100
B	80-89
C	70-79
D	50-69
E	< 50

3.4.4. Protocolo de prótesis total de rodilla

De acuerdo a las características del hospital, **¿evalúa el hospital este objetivo?**:
Si **X**
No
No precisa

Responsable del objetivo (nombre y puesto de trabajo)
Dr. F Doñate (FEA Servicio de Traumatología)

¿Cuál ha sido la acción de mejora más relevante llevada a cabo?
Evaluación este año del protocolo, ya que el año pasado no se hizo.

Indicador 3.4.4a. Porcentaje de pacientes que han sido incluidos en lista de espera de prótesis total de rodilla de acuerdo al protocolo.

Fórmula del indicador

$$\frac{\text{Nº pacientes incluidos en lista de espera de acuerdo al protocolo x 100}}{\text{Nº pacientes incluidos en lista de espera evaluados}}$$

Población y muestra de estudio

Todos los pacientes incluidos en lista de espera en el periodo escogido, o una muestra aleatoria en función del volumen de pacientes en dicho periodo. Se excluyen los pacientes ya intervenidos.

El tamaño de la muestra seleccionado fue de 77 individuos, con una precisión del 10%, un error del 5% y una prevalencia del 50%. Debido a las pérdidas solo se pudieron estudiar 46 individuos.

Periodo de estudio..**ENERO-OCTUBRE 2001**.....
Población total del periodo de estudio**..374**.....
Población estudiada: **46**

Total
X Muestra
Resultado
Nº **46** x 100 = ...**100**..... %
Nº **46**

Pacto en el CG01 .....**B**..... Resultado alcanzado .....**A**.....

Niveles	Rango (%)
A	90-100
B	80-89
C	70-79
D	50-69
E	< 50

**INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS /ANÁLISIS DE CAUSAS /SUGERENCIAS.

La realización del estudio ha estado condicionado por:

1. Tamaño final de la muestra habiendo utilizado en algunos casos 30 casos como muestra adecuada estadísticamente.
2. Problemas técnicos en el Servicio de Archivo.
3. Por el recorte de tiempo en los plazos de presentación de los resultados que impiden la realización de correcciones.

Indicador 3.4.4b. Porcentaje de pacientes que han sido intervenidos de prótesis total de rodilla de acuerdo al protocolo.

Fórmula del indicador

Nº pacientes intervenidos de acuerdo al protocolo x 100
Nº pacientes intervenidos evaluados

Población y muestra de estudio

Todos los pacientes intervenidos en el periodo escogido, o una muestra aleatoria en función del volumen de pacientes en dicho periodo.

El tamaño de la muestra seleccionado fue de 58 individuos, con una precisión del 10%, un error del 5% y una prevalencia del 50%. Debido a las pérdidas solo se pudieron estudiar 28 individuos.

Periodo de estudio..**enero-octubre 2000**.....
Población total del periodo de estudio..**148**.....
Población estudiada: **28**

Total
X Muestra
Resultado
Nº **30** x 100 = ..**100**..... %
Nº **30**

Pacto en el CG01 ...**B**..... Resultado alcanzado ....**A**.....

Niveles	Rango (%)
A	90-100
B	80-89
C	70-79
D	50-69
E	< 50

**INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS /ANÁLISIS DE CAUSAS /SUGERENCIAS.

La realización del estudio ha estado condicionado por:

1. Tamaño final de la muestra habiendo utilizado en algunos casos 30 casos como muestra adecuada estadísticamente.
2. Problemas técnicos en el Servicio de Archivo.
3. Por el recorte de tiempo en los plazos de presentación de los resultados que impiden la realización de correcciones.

3.4.5. Protocolo de prótesis total de cadera

De acuerdo a las características del hospital, **¿evalúa el hospital este objetivo?:

Si **X**

No

No precisa

Responsable del objetivo (nombre y puesto de trabajo)

Dr. F Doñate (FEA Servicio de Traumatología)

¿Cuál ha sido la acción de mejora más relevante llevada a cabo?

Evaluación este año del protocolo, ya que el año pasado no se hizo.

****Indicador 3.4.5a. Porcentaje de pacientes que han sido incluidos en lista de espera de prótesis total de cadera de acuerdo al protocolo.**

Fórmula del indicador

$$\frac{\text{Nº pacientes incluidos en lista de espera de acuerdo al protocolo} \times 100}{\text{Nº pacientes incluidos en lista de espera evaluados}}$$

Población y muestra de estudio

Todos los pacientes incluidos en lista de espera en el periodo escogido, o una muestra aleatoria en función del volumen de pacientes en dicho periodo. Se excluyen los pacientes ya intervenidos.

El tamaño de la muestra seleccionado fue de 65 individuos, con una precisión del 10%, un error del 5% y una prevalencia del 50%. Debido a las pérdidas solo se pudieron estudiar 53 individuos.

Periodo de estudio...**ENERO-OCTUBRE 2001**.....

Población total del periodo de estudio..**201**.....

Población estudiada: **53**

Total

X Muestra

Resultado

$$\frac{\text{Nº } \mathbf{53}}{\text{Nº } \mathbf{53}} \times 100 = \text{.....}\mathbf{100}\text{.....}\ \%$$

Pacto en el CG01 .....**B**..... Resultado alcanzado ....**A**.....

Niveles	Rango (%)
A	90-100
B	80-89
C	70-79
D	50-69
E	< 50

**INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS /ANÁLISIS DE CAUSAS /SUGERENCIAS.

La realización del estudio ha estado condicionado por:

1. Tamaño final de la muestra habiendo utilizado en algunos casos 30 casos como muestra adecuada estadísticamente.
2. Problemas técnicos en el Servicio de Archivo.
3. Por el recorte de tiempo en los plazos de presentación de los resultados que impiden la realización de correcciones.

Indicador 3.4.5b. Porcentaje de pacientes que han sido intervenidos de prótesis total de cadera de acuerdo al protocolo.

Fórmula del indicador

Nº pacientes intervenidos de acuerdo al protocolo x 100
Nº pacientes intervenidos evaluados

Población y muestra de estudio

Todos los pacientes intervenidos en el periodo escogido, o una muestra aleatoria en función del volumen de pacientes en dicho periodo. Se excluyen los pacientes ya intervenidos.

Enviar modelo de hoja de recogida de datos con los criterios empleados en la evaluación del protocolo.

El tamaño de la muestra seleccionado fue de 49 individuos, con una precisión del 10%, un error del 5% y una prevalencia del 50%. Debido a las pérdidas sólo se pudieron estudiar 26 individuos.

Periodo de estudio....**enero-octubre 2000**.....
Población total del periodo de estudio...**99**.....
Población estudiada: **26**
Total
X Muestra
Resultado
Nº **28** x 100 = ...**93,31**..... %
Nº **30**
Pacto en el CG01 .....**B**..... Resultado alcanzado .....**A**.....

Niveles	Rango (%)
A	90-100
B	80-89
C	70-79
D	50-69
E	< 50

**INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS /ANÁLISIS DE CAUSAS /SUGERENCIAS.

La realización del estudio ha estado condicionado por:

1. Tamaño final de la muestra habiendo utilizado en algunos casos 30 casos como muestra adecuada estadísticamente.
2. Problemas técnicos en el Servicio de Archivo.

3. Por el recorte de tiempo en los plazos de presentación de los resultados que impiden la realización de correcciones.

3.4.6. Protocolo de hallux valgus

De acuerdo a las características del hospital, **¿evalúa el hospital este objetivo?**:

Si **X** No No precisa

Responsable del objetivo (nombre y puesto de trabajo)

Dr. F Doñate (FEA Servicio de Traumatología)

¿Cuál ha sido la acción de mejora más relevante llevada a cabo?

Evaluación este año del protocolo, ya que el año pasado no se hizo.

Indicador 3.4.6. Porcentaje de pacientes que han sido incluidos en lista de espera de hallux valgus de acuerdo al protocolo.

Fórmula del indicador

Nº pacientes incluidos en lista de espera de acuerdo al protocolo x 100
Nº pacientes incluidos en lista de espera evaluados

Población y muestra de estudio

Todos los pacientes incluidos en lista de espera en el periodo escogido, o una muestra aleatoria en función del volumen de pacientes en dicho periodo.

Periodo de estudio..**enero-octubre 2001**.....
Población total del periodo de estudio..**188**.....
Población estudiada: **33**
Total
X Muestra
Resultado
Nº 31 x 100 = ...93,93..... %
Nº 33
Pacto en el CG01 .....**B**..... Resultado alcanzado A

**INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS /ANÁLISIS DE CAUSAS /SUGERENCIAS:.....

La realización del estudio ha estado condicionado por:

1. Tamaño final de la muestra habiendo utilizado en algunos casos 30 casos como muestra adecuada estadísticamente.
2. Problemas técnicos en el Servicio de Archivo.
3. Por el recorte de tiempo en los plazos de presentación de los resultados que impiden la realización de correcciones.

El ***resultado global de todos los protocolos*** se obtendrá de la suma de numeradores partido por la suma de denominadores de todos los protocolos de las SSCC.

Protocolo	numerador	denominador	Alcanzado	Pactado
Cataratas	30	30	A	A
Amigdalectomía	41	41	A	A
HBP	24	30	B	C
Indicación Prótesis de rodilla	46	46	A	B
Cirugía Prótesis de rodilla	30	30	A	B
Indicación Prótesis de cadera	53	53	A	B
Cirugía Prótesis de cadera	28	30	A	B
Hallux valgus	31	33	A	B
GLOBAL	283	293	A	B

Objetivo 3.5. Elaborar una guía de práctica clínica de las patologías más frecuentes atendidas en la Urgencia General

Los servicios de urgencia hospitalarios tienen la misión fundamental de responder a la demanda sanitaria urgente de la población ofertando una asistencia que, además de eficaz, eficiente y equitativa, tenga en la calidad uno de sus componentes principales. A pesar de las características que los diferencia claramente de otros niveles y servicios hospitalarios no deben escapar de las técnicas de evaluación de la calidad.
Los Servicios de Urgencia deben desarrollar una guía de práctica clínico-terapéutica de patologías frecuentes (generen o no ingreso), por ejemplo: síndromes coronarios agudos (angina, infarto), infecciones respiratorias, infecciones urinarias, etc.

****¿Evalúa el hospital este objetivo?:**
Si **X**
No
No precisa

****Responsable del objetivo (nombre y puesto de trabajo):**
Dr. D Romero (Coordinador del Servicio de Urgencias)

****¿Cuál ha sido la acción de mejora más relevante llevada a cabo?:**
Dotar al personal de una guía de práctica clínica consensuada entre los distintos profesionales.

****Indicador 3.5. ¿Se ha elaborado una guía de práctica clínica de las patologías más frecuentes atendidas en la Urgencia General?**

X Si
No

Objetivo 3.6. Aumentar la implantación y evaluación de vías clínicas / sistemas de gestión de procesos

Las vías clínicas son una herramienta de mejora de la calidad que tienen el objetivo de mejorar el trabajo multidisciplinar en equipo. Son planes asistenciales que se aplican a enfermos con una determinada patología y que presentan un curso clínico previsible. Tienen la ventaja de integrar las guías y protocolos que han sido introducidos en la práctica clínica. Coordinan y ensamblan las dimensiones de la calidad asistencial, tanto los aspectos más estimados por los profesionales sanitarios (calidad científico-técnica y coordinación entre profesionales sanitarios), como los de los enfermos (información y ajuste de las expectativas) y además, aspectos de eficiencia y gestión de costes.
Las vías clínicas ofrecen los mecanismos para revisar los procesos, prácticas, estándares y resultados de la asistencia sanitaria, resultando una mejora de la calidad de la asistencia y de los resultados para los pacientes. Su diseño y puesta en marcha es una oportunidad para revisar de forma crítica la práctica asistencial existente, introduciendo los cambios necesarios para adecuar dicha práctica a la evidencia científica actual.

****¿Evalúa el hospital este objetivo?:**
Si **X**
No

****Responsable del objetivo (nombre y puesto de trabajo):**
Dirección Médica.

****¿Cuál ha sido la acción de mejora más relevante llevada a cabo?:**
Establecimiento de la actividad asistencial mediante procesos. Planteamiento de vías clínicas que aun no han sido evaluadas.

****Indicador 3.6. Nº de vías clínicas / sistemas de gestión de procesos implantadas y evaluadas en los servicios asistenciales del hospital.**

Pacto en el CG 01…**4**……. Nº vias clínicas /sistemas de gestión de procesos implantados y evaluados en el hospital……**0**……

ESTÁNDARES: Se considerará que en total deben estar implantadas y evaluadas al menos 4 vías clínicas (teniendo en cuenta las implantadas en el año 2000).

Objetivo 3.7. Implantar protocolos en los servicios no asistenciales.

El Plan de Calidad incluido dentro del Contrato de Gestión de los hospitales del INSALUD se había centrado tradicionalmente en los servicios asistenciales. Para ir avanzando en la introducción de la cultura de la mejora continua en toda la organización, ya en 1999 se decidió incorporar el resto de servicios del hospital a dicho Plan. Para este año, los servicios no asistenciales deben continuar estebleciendo sus propios objetivos, pero además dentro de los protocolos no asistenciales los correspondientes al área de cocina y lencería tendrán que ser realizados por todos los hospitales.

Independientemente que cada hospital disponga de una estructura normalizada para la realización de protocolos y de las características propias de este servicio hospitalario, sugerimos una serie de contenidos mínimos que deberían estar incluidos en el diseño de este protocolo:

Unidades de lencería/lavandería hospitalaria (propia o concertada)
Contenidos mínimos del protocolo:
1.- Descripción del circuito de ropa sucia y ropa limpia.
2.- Contenidos relacionados con el mantenimiento y provisión de ropa limpia:
.- Sistema de provisión de ropa limpia y su aseguramiento (estock de ropa que tiene que disponer cada servicio de lencería para dar respuesta a la demanda diaria y ante posibles contingencias).
.- Sistema de distribución de ropa limpia (si se dispone de sistema de registro, de control).
.- Sistema de almacenamiento de ropa limpia para evitar posibles contaminaciones.

3.- Contenidos relacionados con el proceso o manipulación de todo tipo de ropa sucia
.- Sistema de recogida de ropa sucia.
.- Sistema de identificación de bolsas de recogida de ropa sucia y de ropa contaminada.
.- Sistema de tratamiento específico para ropa contaminada. (ver referencias legales y evidencia científica antes de la inclusión de este epígrafe).

Unidades de Cocina
Deberá contener aspectos relacionados con:
- Pedido de víveres
- Almacenamiento.
- Elaboración de dietas
- Emplatado
- Circuito de distribución de las dietas solicitadas.

****¿Evalúa el hospital este objetivo?:**
Si **X**
No

****Responsable del objetivo (nombre y puesto de trabajo):**
Dirección de Gestión.

****¿Cuál ha sido la acción de mejora más relevante llevada a cabo?:**
Planteamiento de la protocolización de los procesos no asistenciales más frecuentes con la creación de la supervisión de nuevas tecnologías y el desarrollo de la cultura de procesos.

**Indicador 3.7. Nº de protocolos / guías de actuación documentadas implantadas y evaluadas por servicios no asistenciales en el hospital.

Pacto en el CG 01…**1**……..
Nº protocolos / guías de actuación documentadas, implantadas y evaluadas por servicios no asistenciales en el hospital……0……

OBJETIVO GENERAL 4. UTILIZACIÓN DE ALTA TECNOLOGÍA EN BASE A LA EVIDENCIA CIENTÍFICA DISPONIBLE

El sistema sanitario actual está determinado por un desarrollo tecnológico cada vez más complejo. La evaluación de las tecnologías médicas es fundamental, para conocer el efecto de las nuevas técnicas sobre los pacientes, los estilos de práctica clínica, y el coste sanitario.

Desde 1998, los hospitales con una tasa de utilización por encima de la media de su grupo en RNM, TAC y oxigenoterapia, han venido trabajando en la implantación de protocolos con los criterios de utilización y en su evaluación. De esta forma, se cumple con el objetivo de promover la utilización adecuada de los recursos, contenido en el Plan de Calidad Total del INSALUD. En el caso de que el hospital no disponga de la tecnología no es razón para no implantar el protocolo, ya que realiza la indicación, y estos protocolos hablan de criterios de indicación.

Objetivo operativo 4.1. Mejorar la utilización de RNM de acuerdo a protocolo.

El uso de una técnica puede ser apropiado, cuando tiene una base científica, es una técnica segura y técnicamente válida, económicamente posible, produce resultados positivos y es aceptada por los profesionales y usuarios. El uso equívoco se produce cuando existe incertidumbre en cuanto a resultados, riesgos y costes. Y, por último, el uso inapropiado se produce cuando los resultados pueden ser obtenidos por medios más sencillos y baratos, cuando el diagnóstico de la exploración no modifica el tratamiento, o cuando no existe tratamiento eficaz. Las tasas de utilización de ciertas pruebas diagnósticas de alta tecnología siguen mostrado bastante variabilidad, como muestran los siguientes datos. Por ello, la implantación de protocolos con criterios de utilización adecuada sigue siendo necesaria.

Con respecto a las tasas de utilización, se observa un aumento de las tasas de utilización, con un incremento global para el territorio INSALUD del 54,5%, pasando de una tasa de 8,7 estudios por 1000 habitantes en 1996 a 13,5 estudios por 1000 habitantes en 1999.

Sin embargo, la variabilidad entre comunidades ha disminuido como lo demuestra la disminución del coeficiente de variacion y la desviación estandar entre las tasas de utilización de las diferentes Comunidades Autónomas. La desviación estándar ha pasado de 3,3 en 1996 a 2,6 en 1999. Lo mismo ocurre con el coeficiente de variación que relativiza el valor de la desviación estándar al valor de la media obtenidos, que ha pasado de 39,6 a 21,0 en el periodo temporal estudiado.

De acuerdo a las tasa de utilización y características del hospital, **¿se evalúa este objetivo?:

X Si
No
No precisa (tasas de utilización por debajo de la media del grupo)
No precisa, pero evalúa
No tecnología

****Responsable del objetivo (nombre y puesto de trabajo)**
Dr JL Guardiola, Servicio de Admisión.
Dr Cros, Servicio de Radiología.

Indicador 4.1. Porcentaje de pruebas de RNM realizadas con indicación de acuerdo a protocolo.

Fórmula del indicador

$$\frac{\text{Nº de pruebas clasificada como indicacion A y B x 100}}{\text{Nº de pruebas estudiadas}}$$

****METODOLOGÍA**: Muestreo aleatorio simple sobre número de pruebas realizadas en un periodo no inferior al mes natural, con un error alfa del 5% , una precisión del 10% y una prevalencia de 75%.

Cada una de las pruebas estudiadas será clasificada como:

- Uso en relación con indicación clasificada como RNM tecnica de elección (A) o bien es catalogada como complementaria y es utilizada como complementaria. (B)
- Uso en relación con una indicación no incluida en protocolo (C) o bien es catalogada como complementaria y utilizada como de eleccion (D).

La clave para la evaluación de este indicador es la información clínica que remite el facultativo peticionario en la que se justifica la realización de la RNM.

Periodo de estudio...**junio 2001**.....
Población total del periodo de estudio...**371**.....
Población estudiada **:60**
Total
Muestra **X**

Resultado

Nº **52** x 100 = ...**86,67**..... %
Nº **60**

Pacto en el CG01 .....**B**..... Nivel alcanzado **B**

**¿Qué protocolo se ha utilizado?
Protocolo de Indicaciones RMN del Complejo Hospitalario de Albacete

**Causa principal de inadecuación.
La no adecuación de la indicación o sospecha clínica a la establecida en el protocolo.

**INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS /ANÁLISIS DE CAUSAS /SUGERENCIAS:

Los resultados nos indican que existe una adecuación importante de las indicaciones a lo establecido en el documento guía de la indicación de RMN en el hospital. Se tendría que establecer la concordancia con otras guías u otras recomendaciones realizadas por la especialidad correspondiente.

Objetivo operativo 4.2. Mejorar la utilización de la TAC de acuerdo a protocolo.

Con respecto a las tasas de utilización, se observa un aumento destacable en las tasas de utilización de la TAC en el periodo 96-99, con un incremento global para el territorio INSALUD del 31,5%, pasando de una tasa de 34,7 estudios por 1000 habitantes en 1996 a 45,6 estudios por 1000 habitantes en 1999. Este incremento en los últimos años era esperable, dado que se han instalado nuevos equipos en hospitales que no disponían de ellos. Concretamente, en el año 97, existían 90 equipos de TAC instalados, mientras que el el año 2000, los equipos de TAC son 97. Además, se han ido sustituyendo TAC convencionales por helicoidales, capaces de aumentar el rendimiento en un 30% aproximadamente. Todo ello ha aumentado considerablemente el número de exploraciones.

La variabilidad entre comunidades autónomas ha aumentado. La desviación estándar de las tasas de utilización entre Comunidades Autónomas ha pasado de 7,2 en 1996 a 10,5 en 1999. Así mismo, el coeficiente de variación ha pasado de 20,9 a 25,1 en el periodo temporal estudiado.

Los datos publicados por Osteba son coincidentes en el crecimiento del mismo periodo temporal, un 27%. Pero ellos partian de unas tasas superiores a las del INSALUD. Concretamente, 44 estudios por 1000 habitantes en 1996, hasta 56 estudios por 1000 habitantes en 1999.

De acuerdo a las tasas de utilización y características del hospital, **¿se evalúa este objetivo?:**

X Si No

No precisa (tasas de utilización por debajo de la media del grupo)

No precisa, pero evalúa No tecnología

****Responsable del objetivo (nombre y puesto de trabajo)**

Dr. G Maldonado, Servicio de Radiología.

Indicador 4.2. Porcentaje de pacientes a los que se les ha realizado un TAC, de acuerdo a los criterios clínicos del protocolo.

Fórmula del indicador

$$\frac{\text{Nº de pruebas clasificada como indicacion A y B x100}}{\text{Nº de pruebas estudiadas}}$$

METODOLOGÍA: Muestreo aleatorio simple sobre número de pruebas realizadas en un periodo no inferior al mes natural, con un error alfa del 5% y una precisión del 10% y una prevalencia de 75%.

La **muestra** es recogida de los pacientes a los que se realiza una TAC en el mes de noviembre 2001. Se han recogido las peticiones (n=597) denominadas urgentes que incluyen:

a. Las peticiones urgentes del S Urgencias;
b. Las urgentes de las plantas;
c. Otras, que sin ser urgentes, se realizan por radiólogo de guardia.

Cada una de las pruebas estudiadas será clasificada como:

- Uso en relación con indicación clasificada como TAC tecnica de elección (A) o bien es catalogada como complementaria y es utilizada como complementaria. (B)
- Uso en relación con una indicación no incluida en protocolo (C) o bien es catalogada como complementaria y utilizada como de eleccion (D).

La clave para la evaluación de este indicador es la información clínica que remite el facultativo peticionario en la que se justifica la realización de la TAC.

Periodo de estudio....**Noviembre 2001**.
Población total del periodo de estudio.....597.....
Población estudiada: 63
Total
Muestra **X**
Resultado

$$\frac{\text{Nº } 60}{\text{Nº } 63} \times 100 = \text{.....95,24..... \%}$$

Pacto en el CG01 .....**B**.....Nivel alcanzado A

**¿Qué protocolo se ha utilizado?
Establecido por el Servicio de Radiología.

**Causa principal de inadecuación: No descripción del motivo de exploración o diagnóstico no incluido en el protocolo

Objetivo operativo 4.3. Protocolo de utilización de oxigenoterapia.

De acuerdo a las tasas de utilización y características del hospital, **¿se evalúa este objetivo?:**

X Si
No
No precisa (tasas de utilización por debajo de la media del grupo)
No precisa, pero evalúa
No tecnología

****Responsable del objetivo (nombre y puesto de trabajo)**
Dr. N Jiménez, Servicio de Neumología.

Indicador 4.3. Porcentaje de pacientes a los que se les ha tratado con oxigenoterapia, de acuerdo a la circular 4/00 del INSALUD.

Fórmula del indicador

$$\frac{\text{Nº pacientes tratados con } O_2 \text{ de acuerdo a los criterios de la circular 4/00} \times 100}{\text{Total de pacientes tratados con } O_2 \text{ evaluados}}$$

METODOLOGÍA: Todos los pacientes tratados con oxigenoterapia en un periodo de tiempo escogido, o una muestra aleatoria en función del volumen de pacientes en dicho periodo.

Periodo de estudio... **2001**.....
Población total del periodo de estudio.. **768**.....
Población estudiada:**77**
Total
Muestra **X**
Resultado

Nº **75** x 100 = .**97,4**..... %
Nº **77**

Pacto en el CG01 .....**A**..... Nivel alcanzado A

**INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS /ANÁLISIS DE CAUSAS /SUGERENCIAS:
Gran utilidad del control de la Oxigenoterapia por unidades de Neumología.

OBJETIVO GENERAL 5. REDUCIR LOS SUCESOS ADVERSOS PRODUCIDOS POR LA ASISTENCIA SANITARIA

Objetivo 5.1 Reducir el número de caídas de los pacientes hospitalizados

Las caídas de los pacientes hospitalizados son consideradas como un efecto yatrogénico del proceso asistencial. Su incidencia oscila mucho de unos centros a otros (2-6%), dependiendo no solo de las condiciones estructurales del centro, sino también de los perfiles de los pacientes incluidos en los estudios. Si bien la mayoría de las caídas no provocan daños graves, (generalmente las fracturas se presentan en menos del 5% de las ocasiones), pueden contribuir a la pérdida de la confianza y de movilidad del paciente, ocasionando una reducción de la calidad de vida.

Muchos de los hospitales tienen implantado un programa de prevención de caídas, llevando a cabo el registro y monitorización de las mismas. Son bien conocidos los problemas relacionados con la

cumplimentación de estos registros, fundamentalmente por el carácter voluntario de la notificación. Consideramos que este suceso adverso de la asistencia sanitaria ha de ser evaluado para la posterior implantación de acciones de mejora que conlleven una disminución de las caídas producidas durante el periodo de hospitalización.

Proponemos para aquellos hospitales que no tengan implantado la monitorización de este objetivo, un sistema de registro que contenga los siguientes datos:

-Datos relativos al paciente:

1.-nº de H.C.
2.-Sexo
3.-Edad
4.-Fecha de la caída
5.-Diagnóstico médico

-Datos relativos al estado general del enfermo:

1.- Orientado
2.- Agitado
3.- Inestabilidad motora
4.- Postoperatorio inmediato
5.- Mala visión
6.- Otros (independiente, deprimido, no cooperativo etc.)

-Datos relativos a la circunstancia de la caída:

1.- Lugar de la caída
2.- Hora de la caída/turno trabajo
3.- Acompañado
4.- Sistemas de protección previos
5.- Motivo de la caída
6.- Consecuencia de la caída

-Persona que encuentra al paciente
-Persona informada inmediatamente después del accidente
-Medidas inmediatas para garantizar la seguridad del paciente

****¿Evalúa el hospital este objetivo?:**

X Si
No

****Responsable del objetivo (nombre y puesto de trabajo)**

Dirección de Enfermería. Unidad de Calidad.

****¿Cuál ha sido la acción de mejora más relevante llevada a cabo?**

El análisis del registro. La compra de barandillas.

****Indicador 5.1. ¿Ha realizado el hospital estudios sobre la incidencia de caidas en pacientes hospitalizados?**

X Si
No

Pacto CG 01……**SÍ**….. …….. Resultado alcanzado……Si……

El registro de caídas (Enero-Noviembre de 2001): 28 caídas registradas en 10 Unidades de Enfermería; en las otras 15 Unidades no se han producido caídas.

Indicador: % de caídas

$$\frac{\text{Nº de caídas totales}}{\text{Nº de enfermos ingresados en todas las unidades de enfermería}}$$

Periodo de estudio: .**enero- noviembre 2001**.....
Población total del periodo de estudio. nº de enfermos ingresados-alta: 24.855 (25 Unidades de enfermería)
Resultado

$$\frac{\text{Nº } 28}{\text{Nº } 24.855} \times 100 = 0{,}1126\ \%$$

Indicador: % Unidades de Enfermería con caídas.

$$\frac{\text{Nº de Unidades de enfermería con existencia de caidas} * 100}{\text{Nº de Unidades de enfermería con registro de caidas}}$$

Periodo de estudio: .**enero- noviembre 2001**.....
Población total del periodo de estudio. 25 Unidades de enfermería

Resultado

$$\frac{\text{Nº } 10}{\text{Nº } 25} \times 100 = 40\ \%$$

Las caídas se registran en el 40 % de las Unidades de Enfermería.

Objetivo operativo 5.2 Reducir los sucesos adversos producidos por los medicamentos

Un número importante de pacientes sufren efectos adversos producidos por el tratamiento hospitalario. Gran parte de dichos sucesos se deben a reacciones a medicamentos. Una parte de los incidentes por medicamentos no son prevenibles (reacciones adversas), pero otra parte puede ser evitada. Las consecuencias sobre la salud de los pacientes son muy importantes.

Los errores del sistema sanitario son una causa importante de efectos adversos sufridos por los pacientes, y tienen consecuencias graves sobre los propios profesionales. Un error de medicación es "cualquier incidente prevenible que pueda causar daño al paciente o de lugar a una utilización inapropiada de los medicamentos, cuando estos están bajo el control de los profesionales sanitarios o del paciente o consumidor". Esos incidentes pueden estar relacionados con la práctica profesional, con los procedimientos o con los sistemas, incluyendo fallos en la prescripción, comunicación, etiquetado, envasado, denominación, preparación, dispensación, distribución, administración, educación, seguimiento y utilización. Es necesario contar con sistemas que detecten a tiempo dichos errores, para evitar o mitigar sus efectos. Existen métodos que pueden reducir su frecuencia.

Se debe realizar un abordaje preventivo, que no busque la culpabilización, sino la concienciación y participación del personal sanitario. No se debe buscar quién causó el error, sin o analizar qué circunstancias lo motivaron. Para ello, desde el Plan de Calidad se propone que el hospital realice al menos una acción para reducir los efectos adversos de los medicamentos: por ejemplo, estudios específicos que cuantifiquen su frecuencia y causas; estudios sobre la calidad de la prescripción, implantación de sistemas de prescripción electrónicos, implantación de un sistema estandarizado de notificación de los errores de medicación, establecimiento de algún grupo de mejora que estudie el tema, etc.

****¿Evalúa el hospital este objetivo?:**
Si **X**
No

****Responsable del objetivo (nombre y puesto de trabajo):**
Comisión de Farmacia, Dr. JL Poveda.

****¿Cuál ha sido la acción de mejora más relevante llevada a cabo?:**
Creación un proyecto de Área del Medicamento cuyo objetivo fundamental es el uso racional del medicamento.

****Indicador 5.2. ¿Ha implantado el hospital, al menos, una medida de mejora para reducir los efectos adversos producidos por los medicamentos?**

X Si
No

**CRITERIOS DE EVALUACIÓN CUMPLIDOS: Se considerarán medidas de mejora alguna de las siguientes:

- estudios específicos que cuantifiquen su frecuencia y causas
- estudios sobre la calidad de la prescripción
- implantación de un sistema estandarizado de notificación de los errores de medicación (Farmacovigilancia)
- establecimiento de grupos de mejora

CRITERIOS DE EVALUACIÓN NO CUMPLIDOS
Implantación de sistemas de prescripción electrónica

OBJETIVO GENERAL 6. MEJORAR LA CALIDAD DE LA PRESCRIPCIÓN

Objetivo operativo 6.1 Disponer de una Guía farmacoterapéutica adaptada a la actividad asistencial de todas las áreas del hospital, de obligada edición en soporte papel y soporte electrónico (allí donde sea posible), con difusión y actualización periódica

La Guía Farmacoterapéutica ha de ser elaborada de acuerdo al tipo de hospital y pacientes que atiende según criterios de eficacia, seguridad, coste y necesidad.

La Guía Farmacoterapéutica debe estar disponible en formato de base de datos que se actualiza después de cada modificación tanto para su difusión a través de los sistemas informatizados de prescripción como para la evaluación de la adhesión de la prescripción. Los principios activos y especialidades farmacéuticas que la conforman se codifican según el Nomenclator Oficial del INSALUD.

La actualización en soporte papel tendrá una actualización mínima anual, mediante la forma que el hospital estime oportuno (nueva edición, anexo a una edición anterior, etc.)

****¿Evalúa el hospital este objetivo?:**
Si **X**
No

****Responsable del objetivo (nombre y puesto de trabajo):**
Comisión de Farmacia, Dr JL Poveda.

****¿Cuál ha sido la acción de mejora más relevante llevada a cabo?:**
Revisión y evaluación de la guía.

****Indicador 6.1. ¿Dispone el hospital de una guía farmacoterapéutica adaptada a la actividad asistencial de todas las áreas del hospital, de obligada edición en soporte papel (y soporte electrónico allí donde sea posible), con difusión y actualización periódica?**
X Si
No

**CRITERIOS DE EVALUACIÓN: La edición impresa de la Guía Farmacoterapéutica debe contemplar la farmacoterapia del área de ambulantes, tal y como se recoge en el Plan de Calidad del 2001.

**ANEXOS: Enviar la edición impresa de la Guía Farmacoterapéutica. Se encuentra en soporte informático, por lo que podemos mandarla si es necesario por correo electrónico. La guía impresa es la editada en 1.999 y se actualiza como hemos indicado todos los meses a través de Boletín de Farmacia (si es necesario mandaremos los de este año).

Objetivo operativo 6.2 Disponer de un modelo de informe técnico para la evaluación de medicamentos por parte de la Comisión de Farmacia que se cumplimentará para todos los fármacos que vayan a ser incluidos en la guía farmacoterapéutica.

****¿Evalúa el hospital este objetivo?:**
Si **X**
No

****Responsable del objetivo (nombre y puesto de trabajo):**
Comisión de Farmacia, Dr JL Poveda.

****¿Cuál ha sido la acción de mejora más relevante llevada a cabo?:**
La elaboración periódica de los informes de nuevos medicamentos y retirada de los que se dan de baja.

****Indicador 6.2. ¿Dispone el hospital de un modelo de informe técnico para la evaluación de medicamentos por parte de la Comisión de Farmacia que se cumplimente cada vez que se vaya a incluir un fármaco en la guía farmacoterapéutica?**
X Si
No

**CRITERIOS DE EVALUACIÓN: El modelo de informe técnico debe contemplar, al menos, los siguientes apartados (recogidos en el Plan de Calidad 2001):

1. Identificación del fármaco y autores del informe
2. Solicitud de indicaciones y servicios
3. Area descriptiva del medicamento
4. Area de farmacología
5. Evaluación de la eficacia
6. Evaluación de la seguridad
7. Evaluación económica
8. Indicaciones y servicios aprobados.
9. Condiciones de uso en el hospital especificando si la inclusión del fármaco va acompañada con la propuesta de retirada de algún otro fármaco
10. Bibliografía.

El hospital establecerá unos criterios para cumplimentar cada apartado de este modelo.

ANEXOS: **Enviar el modelo de informe técnico de evaluación de medicamentos.

INFORME A LA COMISION DE FARMACIA Y TERAPÉUTICA

Centro de Información de Medicamentos. Servicio de Farmacia.

El informe incluye los siguientes datos:

1. Datos del solicitante.
2. Datos del medicamento.
   a. DCI.
   b. Grupo terapéutico.
   c. Presentaciones comerciales.
3. Farmacología.
   a. Acción farmacológica.
   b. Indicaciones clínicas.
   c. Posología.
   d. Contraindicaciones
   e. Interacciones.
4. Evaluación de la eficacia.
5. Evaluación de la seguridad.
6. Evaluación económica.
7. Conclusiones.
8. Bibliografía.

Objetivo operativo 6.3 Minimizar la prescripción de principios activos de reciente comercialización de baja o nula aportación terapéutica

El MSC realiza una clasificación de todas las nuevas moléculas comercializadas en los últimos años con las siguientes categorías:

A. Importante mejora terapéutica.
B. Modesta mejora terapéutica.
C. Nula o muy pequeña mejora terapéutica.
D. Sin calificación.

Es importante insistir en el hecho de no confundir "utilidad" (ligado al concepto de UTB) con "aportación" que es el adjetivo ligado a la clasificación "C". Efectivamente, un fármaco "C" es un fármaco de baja o nula aportación al arsenal terapéutico, no de baja utilidad. Los fármacos "C" tienen igual eficacia, menor experiencia y mayor precio (con excepciones). Los incluidos en el epígrafe "C" son fármacos cuya prescripción sería necesario evitar porque no cubren una nueva indicación clínica, no aportan una mejora significativa sobre las opciones disponibles y tienen un impacto negativo en la utilización de recursos en el hospital. Hay dos razones para que los fármacos clasificados "C" no sustituyan a los anteriores: una es la experiencia y seguridad que una molecula "vieja" ya ha demostrado y otra es el precio.

****¿Evalúa el hospital este objetivo?:**
Si **X**
No

****Responsable del objetivo (nombre y puesto de trabajo):**
Servicio de Farmacología Clínica, D. R García Delgado.

****¿Cuál ha sido la acción de mejora más relevante llevada a cabo?:**

Implantación de la comunicación periódica de los fármacos que pertenecen al grupo C (nula o muy pequeña mejora terapéutica).

****Indicador 6.3. Porcentaje de nuevos principios activos prescritos clasificados como C (según la clasificación de la dirección Gral de Farmacia).**

Fórmula del indicador

Nº principios activos nuevos (incluidos desde 1998) del tipo C, prescritos durante el año 2001 x 100

Nº total de principios activos nuevos (incluidos desde 1998) prescritos durante el año 2001

**METODOLOGÍA: La Dirección Territorial/Provincial envia a cada Gerencia de Atención Especializada los datos de prescripción a través de receta en formato electrónico. Estas tablas se envian mensualmente al hospital en formato Access (Base de Datos Galeno), cruzándolas con otras tablas: la Guía del Hospital (codifica todos los principios activos de la guía), y con una tabla de clasificación de los principios activos comercializados en los últimos tres años. Esta base de datos Access (Galeno), tiene una consulta (descarga de indicadores), que permite descargar los indicadores de prescripción a través de receta desagregados por Servicio. Algunos de estos indicadores de prescripción son:

- Importe medio por envase.
- Porcentaje de adhesión a Guía.
- *Prescripción de nuevos principios activos de baja aportación terapéutica (Tipo C)*

El hospital debe de mantener su Tabla Guía actualizada, y enviarla a la DT/DP después de cada actualización. Debe enviar información actualizada a las Unidades Asistenciales/Servicios Clínicos sobre todos los nuevos principios activos desde el año 1998, con la clasificación que de aportación terapéutica que les adjudica el Ministerio de Sanidad y Consumo.

La clasificación del MSC está disponible en la página web del Ministerio de Sanidad:
www.msc.es/ farmacia/ infmedic/home.htm → Por tema→
-Nuevos principios activos. Revisión 1998. 6ª parte.
-Nuevos principios activos. Revisión 1999. 4ª parte.
para los años 2000 y 2001, en el caso de que no se disponga del resumen en la página web citada, se deberá comprobar la clasificación de cada uno de los nuevos principios activos incluidos en las monografías disponibles en dicha página web.

Lo que se solicita es el porcentaje de principios "C" acumulado del año 2001.

Resultado: enero– septiembre 2001
Nº 6078 x 100 = ...5,2..... %
Nº 116602
Pacto en el CG 01 ....**< 1%**.. Resultado alcanzado 5,2%. **ESTANDAR: El porcentaje debe ser inferior al 1%.

Objetivo operativo 6.4 Protocolo de equivalentes terapéuticos para la utilización en el momento de la prescripción.

****¿Evalúa el hospital este objetivo?:**
Si **X**
No

****Responsable del objetivo (nombre y puesto de trabajo):**
Comisión de Farmacia. Dr JL Poveda.

****¿Cuál ha sido la acción de mejora más relevante llevada a cabo?:**
No existe un protocolo de equivalentes terapéuticos en nuestro hospital. La equivalencia se establece en la Comisión de Farmacia utilizando como modelo una guía equivalentes terapéuticos externa (de otro hospital) y con el informe previo de la comisión. No existe un protocolo escrito aunque si una sistemática avalada por la Comisión de Farmacia.

****Indicador 6.4. ¿Dispone el hospital de un Protocolo de equivalentes terapéuticos para la utilización en el momento de la prescripción?**
Si
X No

OBJETIVO GENERAL 7. IMPLANTACIÓN Y EVALUACIÓN DE LAS GUÍAS DE GESTIÓN DEL INSALUD

Los profesionales del INSALUD han colaborado de forma multidisciplinar en la elaboración de guías que desarrollan criterios para una gestión integrada y de calidad. Los hospitales deben implantar estas guías y establecer los mecanismos necesarios para su difusión y utilización.

Las guías desarrolladas son:
- Guía para la gestión de la lista de espera quirúrgica.
- Guía de gestión de consultas externas en Atención Especializada.
- Guía para la evaluación y mejora de los servicios de Farmacia Hospitalaria.
- Guía de cuidados enfermeros. Úlceras por presión.
- Catálogo de pruebas de los laboratorios clínicos.
- Guía de Gestión de los Servicios de Admisión y Documentación Clínica.

Objetivo operativo 7. Implantación y evaluación de las guías de gestión del INSALUD

****¿Evalúa el hospital este objetivo?:**
Si **X**
No

****Responsable del objetivo (nombre y puesto de trabajo):**
Coordinador de Admisión, D. F. Bernad.

****¿Cuál ha sido la acción de mejora más relevante llevada a cabo?:**
Revisión y adaptación de la guía de gestión.

➔Guía para la gestión de la lista de espera quirúrgica

****Indicador 7.1. Porcentaje de cumplimiento de los criterios 7.1 sobre implantación y evaluación de la guía para la gestión de la lista de espera quirúrgica.**

Fórmula del indicador

$$\frac{\text{Nº criterios cumplidos x 100}}{\text{Nº total de criterios}}$$

Criterios 7.1. GUÍA PARA LA GESTIÓN DE LA LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA	**SI**	**NO**
1.-¿Existe en el hospital un documento de inclusión en LEQ con los parámetros definidos en la guía?	X	
2.- ¿Dispone el hospital de una Comisión de Programación Quirúrgica?		X
3.-¿Dispone el hospital de un Catálogo de Procedimientos de cada especialidad quirúrgica?	X	
4.- Al incluir un paciente en LEQ ¿se le da la información indicada en el Anexo 2 de la Guía?	X	
5.- ¿Está centralizada en el Servicio de Admisión y Documentación Clínica la gestión de pacientes en LEQ?	X	

Resultado:
Nº 4 x 100 = ...80..... %
Nº 5
Pacto en el CG 01 . **A**..... Resultado alcanzado .....B.....

➔Guía de gestión de consultas externas en Atención Especializada

****Indicador 7.2. Porcentaje de cumplimiento de los criterios 7.2 sobre implantación y evaluación de la guía de gestión de consultas externas en Atención Especializada.**

Fórmula del indicador

Nº criterios cumplidos x 100
Nº total de criterios

Criterios 7.2. GUÍA PARA LA GESTIÓN DE CONSULTAS EXTERNAS EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA	**SI**	**NO**
1.-¿Está informatizada la citación de las consultas externas en el Hospital?	X	
2.-¿Está informatizada la citación de las consultas externas en los Centros de Especialidades Periféricos?	X	
3.-¿Dispone el hospital de un documento de autorización para solicitar la desprogramación de consultas externas?		X
4.- ¿Son citadas las consultas sucesivas en la propia consulta del especialista?	X	
5.- ¿Existe un protocolo documentado para las llamadas de recordatorio telefónico de cita?		X

Resultado:
Nº 3 x 100 = ...60..... %
Nº 5
Pacto en el CG 01 ...**A**..... Resultado alcanzado .....D.....

➔Guía para la evaluación y mejora de la Farmacia Hospitalaria

****Indicador 7.3. Puntuación obtenida en la evaluación del servicio de farmacia hospitalaria siguiendo las pautas de la guía para la evaluación y mejora de la Farmacia Hospitalaria.**

Resultado:
Nº 78 x 100 = ...78..... %
Nº 100
Pacto en el CG 01 ....**A**..... Resultado alcanzado .....**C**.....

**INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS /ANÁLISIS DE CAUSAS /SUGERENCIAS
Para la mejora de la actividad es necesario incluir las actividades de farmacocinética y toxicología en la evaluación

➔Guía de cuidados enfermeros (Úlceras por presión)

****Indicador 7.4 Porcentaje de cumplimiento de los criterios 7.4 sobre implantación y evaluación de la guía de gestión de cuidados enfermeros (Úlceras por presión).**

Fórmula del indicador

Nº criterios cumplidos x 100
Nº total de criterios

Criterios 7.4. GUÍA DE CUIDADOS ENFERMEROS (Úlceras por presión)	**SI**	**NO**
1.-¿Se realiza la valoración de riesgo/no riesgo de UPP a los pacientes ingresados según la escala de Norton?	X	
2.-¿Dispone el hospital de registros donde se especifique el tipo y localización las úlceras por presión?	X	
3.-¿Utiliza el Hospital los planes de cuidados descritos en la Guía de cuidados enfermeros para la prevención y tratamiento de las UPP?	X	
4.- ¿ Realiza el hospital estudios de incidencia de las úlceras por presión?	X	

Resultado:
Nº 4 x 100 = ...100..... %
Nº 4
Pacto en el CG 01 .....A..... Resultado alcanzado .....A.....

➔Catálogo de pruebas de los laboratorios clínicos

****Indicador 7.5 Porcentaje de cumplimiento de los criterios 7.5 sobre implantación y evaluación del catálogo de pruebas de los laboratorios clínicos.**

Fórmula del indicador

Nº criterios cumplidos x 100
Nº total de criterios

Criterios 7.5. CATÁLOGO DE PRUEBAS DE LOS LABORATORIOS CLÍNICOS	**SI**	**NO**
1.-¿La Cartera de servicios de los laboratorios se adapta al catálogo en cuanto a Nomenclatura?		X
2.-¿La Cartera de servicios de los laboratorios se adapta al catálogo en cuanto a Codificación?		X

Resultado:
Nº 0 x 100 = ...0..... %
Nº 2
Pacto en el CG 01 .....A..... Resultado alcanzado .....E.....

➔Guía de gestión de los servicios de Admisión y Documentación Clínica

****Indicador 7.6. Porcentaje de cumplimiento de los criterios 7.6 sobre implantación y evaluación de la Guía de Gestión de los Servicios de Admisión y Documentación Clínica (SADC).**

Fórmula del indicador

$$\frac{\text{Nº criterios cumplidos x 100}}{\text{Nº total de criterios}}$$

Criterios 7.6. GUÍA PARA LA GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE ADMISIÓN Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA (SADC)	**SI**	**NO**
1.- ¿El SADC del hospital realiza la gestión de pacientes?	X	
2.- ¿El SADC del hospital realiza la gestión de la documentación clínica?	X	
3.- ¿El SADC del hospital realiza la gestión de la información asistencial?	X	
4.- ¿Son autorizados los traslados por el SADC?	X	
5.- ¿Gestiona el SADC el estudio preoperatorio de los pacientes de LEQ?	X	
6.-¿Gestiona el SADC la citación de pruebas diagnósticas?	X	
7.-¿Existe una única historia clínica por paciente en el hospital?	X	
8.-¿Existen archivos de Historias Clínicas periféricos en el hospital?		X
9.- ¿Está centralizado el proceso de codificación en el SADC?	X	
10.-¿Elabora el SADC los cuadros de mando de actividad asistencial?	X	

Resultado:

$$\frac{\text{Nº } 9}{\text{Nº } 10} \text{ x } 100 = \text{.....90..... \%}$$

Pacto en el CG 01 .....A..... Resultado alcanzado .....A.....

OBJETIVO GENERAL 8: MEJORAR LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN

Los sistemas de información se han consolidado como una herramienta de gestión básica, y por lo tanto, como una herramienta útil para la mejora de la calidad del Sistema Sanitario. En este sentido el informe de alta constituye la fuente para la realización del Conjunto Mínimo Básico de Datos al alta hospitalaria (CMBD), sistema de información fiable, integrado y eficiente que recoge los datos correspondientes a los episodios de hospitalización producidos en cada uno de los hospitales del INSALUD. De acuerdo a la Orden Ministerial de 6 de septiembre de 1984, el informe de alta debe contener los datos administrativos y clínicos necesarios para la cumplimentación del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD).

La calidad del informe de alta es por lo tanto imprescindible para que en la posterior codificación del proceso queden reflejados todos los procedimientos, diagnósticos y terapéuticos, complicaciones etc. que permitirá el análisis de la actividad real del hospital y de la calidad de la asistencia llevada a cabo en dicho centro.

Los objetivos planteados en el Plan de Calidad de la SGAE relativos a la mejora de los informes de alta hospitalarios, en las dos vertientes, la relativa al tiempo de emisión y la referida al contenido del mismo, tienen como justificación el que el informe de alta supone el derecho a la información del paciente sobre su proceso. De igual forma permiten la continuidad asistencial, son el origen del CMBD, permiten la asignación de costes en función de la complejidad, permiten la posibilidad de realizar estudios epidemiológicos, son esenciales para la evaluación de las tecnologías y son necesarios para la evaluación de la utilización de los servicios.

Objetivo operativo 8.1. Realizar los informes de alta definitivos en un plazo inferior a 15 días.

****¿Evalúa el hospital este objetivo?:**
Si **X**
No

****Responsable del objetivo (nombre y puesto de trabajo)**
Comisión de Historias clínicas, Dr. I Onsurbe.

****¿Cuál ha sido la acción de mejora más relevante llevada a cabo?**
Revisión y aplicación de los criterios de evaluación establecidos.

Indicador 8.1. Porcentaje de HC con informe de alta definitivos en un periodo menor de 15 días desde el alta.

Fórmula del indicador:

$$\frac{\text{Nº de HC evaluadas con IA definitivo que están disponibles en un periodo menor de 15 días desde el alta. x 100}}{\text{Nº total de HC de pacientes dados de alta que son evaluadas}}$$

METODOLOGÍA: Historias clínicas de pacientes dados de alta, o informes de alta, que serán recogidas del Archivo de Historias Clínicas o del lugar a donde deban ser enviadas tras el alta del paciente. Cada hospital establecerá, según su criterio, el método de la recogida de los datos.
El periodo de tiempo se determinará por el propio hospital.
Se recomienda un tamaño muestral, al menos, aproximado a:
-Nº de altas producidas en 15 días en los hospitales de los grupos 1, 2, 5.
-Nº de altas producidas en 1 semana en los hospitales de los grupos 3 y 4.

Si no se producen suficientes altas en una semana, se deberán estudiar dos o más.

Periodo de estudio..12-23 de noviembre.....
Población total del periodo de estudio..743.....
Población estudiada: **743**
Total X
Muestra
Resultado.

$$\frac{\text{Nº } \mathbf{659}}{\text{Nº } \mathbf{743}} \times 100 = \text{.....}\mathbf{88{,}69}\text{..... \%}$$

Pacto en el CG 01 ..**A**..... Resultado alcanzado .....**B**.....

Niveles	Rango (%)
A	90-100
B	80-89
C	70-79
D	50-69
E	< 50

Objetivo operativo 8.2. Disponer de los informes de alta en todas las historias clínicas a los dos meses del alta.

****¿Evalúa el hospital este objetivo?:**
Si **X**
No

****Responsable del objetivo (nombre y puesto de trabajo)**
Dr. A. González, FEA Servicio de Archivo.

****¿Cuál ha sido la acción de mejora más relevante llevada a cabo?**
Revisión periódica por parte de la comisión de historias clínicas del informe de alta.

Indicador 8.2 Porcentaje de HC con informe de alta definitivo disponibles en el Servicio de Archivo a los dos meses de producida el alta.

Fórmula del indicador:

$$\frac{\text{Nº de HC con informe de alta definitivos que están disponibles en el Sº de Archivo a los 2 meses del alta x 100}}{\text{Nº total de HC de pacientes dados de alta evaluadas}}$$

METODOLOGÍA: Historias clínicas de pacientes dados de alta, o informes de alta, que serán recogidas del Archivo de Historias Clínicas o del lugar a donde deban ser enviadas tras el alta del paciente. Cada hospital establecerá, según su criterio, el método de la recogida de los datos.
El periodo de tiempo se determinará por el propio hospital.
Se recomienda un tamaño muestral, al menos, aproximado a:
-Nº de altas producidas en 15 días en los hospitales de los grupos 1, 2, 5.
-Nº de altas producidas en 1 semana en los hospitales de los grupos 3 y 4.

Si no se producen suficientes altas en una semana, se deberán estudiar dos o más.

Periodo de estudio....24 de septiembre- 30 de septiembre.....
Población total del periodo de estudio....512.....
Población estudiada: 113
Total
Muestra X
Resultado.
Nº 109 x 100 = ...96,5..... %
Nº 113
Pacto en el CG 01 ...**A**..... Resultado alcanzado .....A.....

Niveles	Rango (%)
A	90-100
B	80-89
C	70-79
D	50-69
E	< 50

Objetivo operativo 8.3. Disponer de los informes de alta en todas las historias clínicas de pacientes fallecidos a los dos meses como máximo del éxitus.

****¿Evalúa el hospital este objetivo?:**
Si **X**
No

****Responsable del objetivo (nombre y puesto de trabajo)**
Dr. A. González, FEA Servicio de Archivo.

****¿Cuál ha sido la acción de mejora más relevante llevada a cabo?**
Revisión periódica por parte de la comisión de historias clínicas del informe de alta.

Indicador 8.3 Porcentaje de HC de pacientes fallecidos con informe de alta definitivo disponibles a los dos meses de producida el alta.

Fórmula del indicador:

$$\frac{\text{Nº de HC de pacientes fallecidos con informe de alta definitivos que están disponibles a los 2 meses del alta x 100}}{\text{Nº total de HC de pacientes fallecidos evaluados}}$$

METODOLOGÍA: Historias clínicas de pacientes fallecidos. Cada hospital establecerá, según su criterio, el método de la recogida de los datos.
El periodo de tiempo y el tamaño muestral se determinará por el propio hospital.

Periodo de estudio..24 de septiembre – 30 de septiembre.....
Población total del periodo de estudio....13.....
Población estudiada:13
Total X
Muestra
Resultado.
Nº 12 x 100 = ...92,30..... %
Nº 13
Pacto en el CG 01 .**A**..... Resultado alcanzado .....A.....

Niveles	Rango (%)
A	90-100
B	80-89
C	70-79
D	50-69
E	< 50

Objetivo operativo 8.4. Mejorar la calidad del informe de alta.

****¿Evalúa el hospital este objetivo?:**
Si **X**
No

****Responsable del objetivo (nombre y puesto de trabajo)**
Dra A. González FEA Servicio de Archivos / Comisión de Historias Clínicas.

****¿Cuál ha sido la acción de mejora más relevante llevada a cabo?**
Revisión periódica por parte de la comisión de historias clínicas del informe de alta.

Indicador 8.4. Porcentaje de informes de alta definitivos que cumplen el 100% de los criterios establecidos por el hospital.

Fórmula del indicador:

$$\frac{\text{Nº de informes de alta que cumplen los criterios de adecuación establecidos por el hospital x 100}}{\text{Nº total de informes de alta evaluados}}$$

METODOLOGÍA:
A partir de los informes de alta de pacientes dados de alta durante el año 2000, y durante el periodo que determine el hospital.
Se recomienda un tamaño, al menos, aproximado a:

Nº de altas consecutivas producidas en 1 semana en los hospitales del grupo 3 y 4
Si no se producen suficientes altas en una semana, se deberán estudiar dos o más.
La evaluación se ha hecho:

- Sólo con el Informe de alta **X**
- Contrastando los datos del informe de alta con la HC

Periodo de estudio.....24-30 de septiembre.....
Población total del periodo de estudio....512.....
Población estudiada: 113
Total
Muestra X
Resultado.
Nº 100 x 100 = ...88,5..... %
Nº 113
Pacto en el CG 00 ...**A**..... Resultado alcanzado .....B.....

Niveles	Rango (%)
A	90-100
B	80-89
C	70-79
D	50-69
E	< 50

**CRITERIOS DE EVALUACIÓN: A pesar de que el indicador habla de los criterios establecidos en cada hospital y teniendo en cuenta los problemas que se han producido en la evaluación de este objetivo, para unificar criterios sugerimos la utilización de la siguiente planilla con el fin de considerar los items a estudiar.

CRITERIOS DE CALIDAD INFORME DE ALTA	¿Consta?
Escrito a máquina o con letra legible	
Nombre del hospital, domicilio y teléfono	
Servicio clínico	
Identificación del médico responsable	
Nº de Historia Clínica	
Nombre y apellidos del paciente	
Fecha de nacimiento del paciente	
Sexo del paciente	
Domicilio habitual del paciente	
Fecha de ingreso (día/mes/año)	
Fecha de alta (día/mes/año)	
Motivo del alta	
Motivo inmediato del ingreso	
Resumen de la HC y exploración física del paciente	
Pruebas complementarias realizadas*	
Resumen de la actividad asistencial prestada al paciente	
Diagnóstico principal	
Otros diagnósticos (en su caso)	
Procedimientos quirúrgicos y/o obstétricos (en su caso)	
Fecha de los procedimientos quirúrgicos y/o obstétricos (en su caso)*	
Otros procedimientos significativos (en su caso)	
Recomendaciones terapéuticas	

Fuente: ORDEN 6 DE Septiembre 1984 (MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO)
*items añadidos desde la SGAE

OBJETIVO GENERAL 9: MEJORAR LA CONTABILIDAD ANALÍTICA

La contabilidad analítica permite la planificación y el control de la actividad productiva de la empresa. La información que proporciona la contabilidad analítica es útil para la dirección del centro, pero también para las unidades que generan los costes. Por ello es necesario que los servicios reciban los informes correspondientes para poder evaluar y gestionar su actividad.

Existen diferentes aplicaciones informáticas de Contabilidad Analítica implantadas en los hospitales del INSALUD dentro del proyecto GECLIF (SPIGA, GESCOT). Sería conveniente que la División de Gestión y su Unidad de Control de Gestión informara a los distintos jefes de servicio de la disponibilidad de información que se les puede proporcionar con la aplicación informática utilizada en el hospital. En función de la fase de implantación en la que se halle, se debería pactar cual es la que ellos precisan. Es relevante para evaluar la calidad de la asistencia prestada en la Unidad correspondiente, de tal forma que se pudiera realizar un tipo de informe para cada servicio.

Objetivo operativo 9. Lograr que los servicios reciban puntualmente el informe sobre contabilidad analítica.

****¿Evalúa el hospital este objetivo?:**

Si **X**

No

****Responsable del objetivo (nombre y puesto de trabajo)**

Dirección de Gestión. Unidad de Control de Gestión, D. Antonio Blanco.

****¿Cuál ha sido la acción de mejora más relevante llevada a cabo?**

La contabilidad analítica se realiza periódicamente pero no se envía a los Servicios

Indicador 9. Porcentaje de servicios que reciben el informe sobre contabilidad analítica con periodicidad semestral.

Formula del indicador:

$$\frac{\text{Nº de servicios asistenciales que reciben semestralmente el informe sobre contabilidad analítica} \times 100}{\text{Nº total de servicios asistenciales}}$$

Resultado:

0/39=0

OBJETIVO GENERAL 10: DIVULGAR LA EXPERIENCIA DEL PLAN DE CALIDAD DEL HOSPITAL

Es un objetivo del INSALUD que todos los hospitales de la red tengan para el año 2001 elaborado el Plan de Calidad de su hospital. El contenido de dicho plan no ha de ser un resumen de los objetivos del Contrato de Gestión y los pactos por servicios, sino, que tiene que reflejar un enfoque global de cómo está el hospital en relación a la calidad del servicio prestado y hacia donde quiere dirigir sus esfuerzos de mejora continua. Para ello, es necesario realizar una autoevaluación de la organización identificando los puntos fuertes y áreas de mejora, los procesos clave fundamentales para que la organización funcione, y priorizando las áreas de mejora a abordar, definiendo y desarrollando los proyectos de mejora para poder alcanzar los objetivos o metas planteados

La realización de la memoria del Plan de Calidad del hospital tiene como principal objetivo divulgar el Plan de Calidad del hospital en su ámbito: profesionales, ciudadanos, etc. Además, permite al INSALUD conocer con más detalle las actividades de calidad realizadas en los hospitales.

Además, la publicación de las experiencias de los hospitales del INSALUD en revistas científicas y congresos es útil para divulgar el trabajo realizado a nivel nacional (otros Servicios de Salud) e internacional.

Objetivo operativo 10.1. Realizar la memoria del plan de calidad del hospital.

****¿Evalúa el hospital este objetivo?:**
Si **X**
No

****Responsable del objetivo (nombre y puesto de trabajo)**
Coordinador de Calidad.

****¿Cuál ha sido la acción de mejora más relevante llevada a cabo?**
Análisis de la memoria de calidad

Indicador 10.1. ¿Ha realizado el hospital la memoria del Plan de Calidad?
X Si
No

**CRITERIOS DE EVALUACIÓN: La memoria debe contener como mínimo una introducción, descripción del Plan de Calidad del hospital, resultados, valoración de los mismos, medidas de mejora a adoptar, y conclusiones.

Objetivo operativo 10.2. Divulgar las experiencias de calidad en congresos, revistas científicas, etc…

****¿Evalúa el hospital este objetivo?:**
Si **X**
No

****Responsable del objetivo (nombre y puesto de trabajo)**
Coordinador de Calidad, Dr FJ Lucas Imbernón.

****¿Cuál ha sido la acción de mejora más relevante llevada a cabo?**
Asistencia al IX Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial.

Indicador 10.2. Nº de publicaciones relacionadas con la calidad realizadas.

Nº de publicaciones relacionadas con la calidad realizadas durante el año 2001 ……2……

OBJETIVO GENERAL 11: AUMENTAR LA PARTICIPACIÓN DE LOS PROFESIONALES EN EL PLAN DE CALIDAD

La participación de los profesionales es una de las claves en el éxito del Programa de Calidad. De lo contrario, los profesionales experimentan los cambios organizativos como algo externo e impuesto. Las Comisiones no se deben considerar como un instrumento de control, sino como grupos de expertos para mejorar la gestión.

Las comisiones clínicas son órganos de participación multidisciplinar de los profesionales para la mejora de la calidad. Están formadas por grupos de expertos, y facilitan la labor directiva. El Real Decreto 521/87 definió un mínimo de comisiones clínicas que han de establecerse en los centros.

El valor de las comisiones clínicas es incuestionable por las siguientes razones:

- Están recogidas en textos legales de obligado cumplimiento.
- Tienen un carácter permanente en el tiempo, con las renovaciones oportunas.
- Coordinan e integran profesionales que pertenecen a distintos departamentos con funciones diferentes.
- Suministran opinión y consejo con una perspectiva amplia, para tomar decisiones con una base segura.

Aun reconociendo la importancia de las comisiones clínicas del hospital como instrumento de la Dirección en la gestión de la calidad, puede ser positivo extender la medición de este indicador de participación a otros grupos menos formales (círculos de calidad, grupos de mejora). Estos grupos tienen las siguientes características:

- Estructuras menos formales, sin continuidad temporal que puede ocuparse de problemas puntuales.
- Se pueden circunscribir a un ámbito más reducido. Por ejemplo, un servicio con un problema definido, en el desarrollo de una vía clínica, o la reingeniería de determinado proceso.
- Integradas por profesionales de distintas categorías dentro de un departamento, con lo cual el compromiso por la calidad se extiende a ámbitos más amplios que los facultativos (la calidad concierne a todos).
- Pueden utilizar metodologías muy prácticas para realizar mejoras continuas, como el ciclo PDCA.

Objetivo operativo 11. Mejorar el funcionamiento de las comisiones clínicas y los grupos de mejora.

****¿Evalúa el hospital este objetivo?:**

Si **X**

No

****Responsable del objetivo (nombre y puesto de trabajo)**

Dirección Médica.

****¿Cuál ha sido la acción de mejora más relevante llevada a cabo?**

Indicador 11. Nº de reuniones anuales de las comisiones clínicas obligatorias y de los grupos de mejora.

Nº de reuniones anuales de las comisiones clínicas obligatorias y de los grupos de mejora	…60 reuniones de comisiones clínicas y 20 de los Grupos de mejora.

GRUPOS DE MEJORA DE MEDICINA*:*

Grupo de Instituto de Farmacia y del Medicamento.

Objetivo: Uso racional del medicamento con el consenso de los Servicios de Farmacia Hospitalaria, Farmacología Clínica y Farmacia de Atención Primaria.

Instituto de Enfermedades del Tórax.

Objetivo: Asistencia integrada al paciente con una enfermedad del tórax por parte de los Servicios de Neumología y Cirugía Torácica.

Unidad de Reanimación Postquirúrgica del Hospital N. S. del Perpetuo Socorro.

Objetivo: Dar soporte adecuado desde el punto de vista de Reanimación a los pacientes intervenidos en dicho centro. Depende funcionalmente del Servicio de Anestesia, Reanimación y Terapia del Dolor.

Unidad de Ingreso de noche. Unidad de Tránsito.

Objetivo: Sistematizar los ingresos nocturnos y evitar las molestias a los pacientes ya ingresados. También dar una mayor agilidad a las altas de pacientes de la planta ya mejorados o curados.

GRUPOS DE MEJORA DE ENFERMERÍA:

Grupo 1: Cuidados de enfermería al ingreso:

Objetivo: Disminuir la variabilidad en los cuidados y definir los diferentes procesos.

Grupo2: Cuidados de enfermería en el traslado del paciente.

Objetivo: Disminuir la variabilidad en los cuidados y definir los diferentes procesos.

Grupo 3: Cuidados de enfermería al alta.

Objetivo: Disminuir la variabilidad en los cuidados y definir los diferentes procesos.

Grupo 4: Cuidados de enfermería en la higiene y piel.

Objetivo: Disminuir la variabilidad en los cuidados y definir los diferentes procesos.

Grupo 5: Cuidados de enfermería en pacientes con problemas respiratorios.

Objetivo: Disminuir la variabilidad en los cuidados y definir los diferentes procesos.

Grupo 6: Cuidados de enfermería en la alimentación.

Objetivo: Disminuir la variabilidad en los cuidados y definir los diferentes procesos.

Grupo 7: Cuidados de enfermería en la eliminación.

Objetivo: Disminuir la variabilidad en los cuidados y definir los diferentes procesos.

Grupo 8: Cuidados de enfermería en la seguridad.

Objetivo: Disminuir la variabilidad en los cuidados y definir los diferentes procesos.

Grupo 9: Cuidados de enfermería en la movilización.

Objetivo: Disminuir la variabilidad en los cuidados y definir los diferentes procesos.

Grupo 10: Cuidados generales de enfermería.

Objetivo: Disminuir la variabilidad en los cuidados y definir los diferentes procesos.

Grupo 11: La cumplimentación del informe de valoración al ingreso y al alta.

Objetivo: Tras la evaluación de la cumplimentación de los items se planteó el rediseño de los documentos.

Grupo 12: Cuidados de enfermería en la higiene bucal.

Objetivo: Fomentar una higiene bucal adecuada favoreciendo el bienestar del paciente.

Grupo 13: Flebitis por punción en Unidades de Enfermería.

Objetivo: Determinar la incidencia de flebitis en enfermos con venopunción.

COMISIONES	Reuniones 2001	Objetivos más relevantes de las Comisiones
Farmacia y Terapéutica	5	1.- Revisar todas las solicitudes de inclusión de nuevos fármacos con una demora máxima de dos meses. 2.- Protocolos de equivalentes terapéuticos.
Infección Hospitalaria Profilaxis y Política Antibiótica	8	1.- Revitalización de la Subcomisión de Infección de la Herida Quirúrgica. 2.- Conocer la etiología de las infecciones en el Hospital y su patrón de resistencia.
Historias Clínicas	12	1.- Revisión semestral de la calidad de la Historia Clínica de acuerdo a los items establecidos. 2.- Evaluación sobre consentimiento informado. Este año además de recoger los procesos más frecuentes establecidos por el INSALUD se valorará la existencia del proceso más grave.
Mortalidad	**2**	1.- De forma mensual se estudiará, por medio de la HC, la secuencia previa al fallecimiento de una muestra seleccionada de exitus del mes anterior. 2.- Elaboración y análisis anual del Informe de Mortalidad del Complejo Hospitalario de Albacete.
Biblioteca	**3**	1.-Impartir cursos de búsqueda automatizada de información. 2.- Aumentar las fuentes documentales (nueva base Best Evidence).
Docencia	**7**	1.- Desarrollo de curso de urgencias para residentes. 2.- Supervisión de las rotaciones de los residentes.
Enfermedad Tromboembólica venosa	3	1.- Valoración y difusión hospitalaria del protocolo de profilaxis de la ETEV. 2.– Protocolo de tratamiento ambulatorio de TVP, pendiente de aprobación por Atención Primaria.
Ético de Investigación Clínica	9	1.-Monitorizar el circuito de revisión de ensayos clínicos con el fin de detectar desviaciones en los plazos marcados.
Hemoterapia/Transfusión	5	1.-Revisión y actualización de los documentos que acompañan a las normas de transfusión sanguínea. 2.- Implantación de un protocolo de Hemovigilancia para el control exhaustivo de los efectos adversos de la transfusión.
Trasplantes	5	1.- Documentación definitiva para la acreditación del Trasplante renal. 2.- Desarrollo de del Programa de trasplante de Médula ósea (S Hematología).
Comisión Central de Garantía de Calidad	1	1. Desarrollo del Plan de Calidad del INSALUD del 2001.

MEMORIA DE LAS COMISIONES CLINICAS (año 2001)

1. COMISIÓN DE MORTALIDAD (CM) DEL COMPLEJO HOSPITALARIO DE ALBACETE DURANTE EL AÑO 2001

Dr. Ángel Fernández Rodríguez. PRESIDENTE DE LA COMISIÓN DE MORTALIDAD

1ª. Análisis mensual de una muestra de historias clínicas de los pacientes fallecidos durante el mes anterior, estudiando en cada caso la secuencia previa al éxitus. En dicha muestra han sido incluidas las historias de:

a. Todos los éxitus menores de < 50 años.
b. Todos los éxitus ocurridos dentro de las 48 horas posteriores al ingreso.
c. Todos los pacientes fallecidos en urgencias (excluidos los que llegaron ya cadáver).
d. La mortalidad materno-infantil (a cargo de la Subcomisión de Mortalidad Perinatal).
e. Un porcentaje variable, entre un 33% y un 50%, del resto de éxitus registrados.

2ª. Evaluación de diversas tasas de mortalidad específica:

a. Mortalidad potencialmente evitable, según criterios de Holland.
b. Mortalidad intraquirófano.
c. Mortalidad quirúrgica durante las primeras 24 horas tras la intervención.
d. Mortalidad de pacientes intervenidos en el programa de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA).

3ª. Diseño e implantación de un modelo de recogida de datos, u Hoja de Mortalidad, en el que quedan reflejados diversos parámetros obtenidos de cada una de las historias de éxitus estudiadas. El análisis de los mismos podrá servirnos en el futuro para la elaboración de unos indicadores estandarizados, útiles para la evaluación del proceso asistencial.

4ª. Durante el presente ejercicio ha sido ampliado el número de miembros de la Comisión con nuevas incorporaciones, con lo que la CM dispone actualmente de un número de miembros suficiente para desarrollar sus funciones. No obstante, sigue siendo insuficiente la operatividad de la misma ya que, por diversos motivos, dichos miembros no siempre acuden a las reuniones programadas.

5ª. Ha mejorado el grado de cumplimentación de los servicios en cuanto al cierre de las historias de éxitus; no así la realización de sesiones de mortalidad.

6ª. El número de necropsias realizadas en nuestro hospital sigue siendo bastante bajo, en sintonía con lo que sucede en muchos hospitales de nuestras características, a pesar de las recomendaciones de esta comisión y de la Dirección Médica del centro. Uno de los problemas encontrados, además de la ausencia de solicitud del médico implicado y/o de la frecuente negativa de los familiares, es la demora en recibir los informes de Anatomía Patológica (meses).

7ª. Como cada año, el Servicio de Documentación está elaborando la Estadística Anual de Mortalidad del Complejo Hospitalario del año 2001, que incluye diversas tasas: mortalidad global,

por servicios, por causas, estacional, etc. Tras ser valorado por la CM, este informe será remitido a los servicios con los comentarios y recomendaciones que se estimen pertinentes.

8ª. La CM ha elaborado y difundido entre los servicios del CHA sendos escritos con recomendaciones concretas tendentes a mejorar algunos aspectos del proceso asistencial que prestan.

9ª. Para el próximo año 2002, la CM emprenderá un proceso de renovación organizativa y funcional, con lo que espera mejorar su presencia en el conjunto del CHA y su efectividad en el desarrollo de las funciones que tiene encomendadas. Con este fin ha sido disuelta estando pendiente actualmente de una próxima convocatoria de reconstitución por parte de la Dirección del Complejo Hospitalario.

2. COMISIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS. Memoria de actividades

1.- Miembros que la componen
2.- Objetivos propuestos para el año
3.- Reuniones mantenidas
4,- Documentos aprobados
5.- Controres de calidad realizados
6.- Otras actividades realízadas

1.- MIEMBROS QUE LA COMPONEN

La comisión tenía la siguiente composición en enero de 200 1:

o Presidente: Ignacio Onsurbe Ramírez
o Secretaria: M. Angeles Martínez Ibáñez
o Vocales: Pilar Cércoles Jiménez
Silvia Crusat Braña
M. Angeles García Claramunt
Eduardo Escario Travesedo
Máximo Gardía Rodríguez
Adelaida González Gómez
Angela Ibáñez García
Nicolás*Jiménez López
Máxima Lizán García
Ambrosio Pescador Valero
Ascensión Rueda García
M. Angeles Salas Sáiz
Julia Villar Rodríguez

A lo largo del año se produjeron nuevas reincorporaciones:
• Susana Regodón García
• Yolanda Atienza Rodríguez
• M. José Blanquer García

Y también se produjeron bajas por dimisión voluntaria:
Ambrosio Pescador Valero
M. Angeles Martínez Ibáñez

La composición de la comisión al finalizar el año es la siguiente
• Presidente: Ignacio Onsurbe Ramírez

• Secretaria: Angela Ibáñez García

- Vocales: Yolanda Atienza Rodríguez
- M. José Blanquer García
- Pilar Córcoles Jiménez
- Silvia Crusat Braña
- M. Angeles García Claramunt
- Eduardo Escario Travesedo
- Máximo García Rodríguez
- Adelaida González Gómez
- Nicolás Jiménez López
- Máxima Lizán García
- Susana Regodón García
- Ascensión Rueda García
- M. Angeles Salas Sáiz
- Julia Villar Rodríguez

2.- Objetivos propuestos para el año

La comisión se planteó los siguientes objetivos para el año 2001:

1 Revisión semestral de la calidad de la Historia Clínica de acuerdo con los items establecidos previamente

2 Aprobación de los documentos que proponen las distintas Unidades asistenciales 1 para su inclusión en la Historia Clínica.

3 Informar a los distintos Servicios de los resultados de la evaluación de los Consentimientos Informados. Difundir la necesidad d e su correcta cumplimentación y su necesidad en todos los procedimientos quirúrgicos y¡o técnicas que supongan un riesgo para el paciente.

Realizar las evaluaciones correspondiente sobre los consentimientos informados

Revisión de los documentos de Cirugía Mayor Ambulatoria del Hospital Perpetuo Socorro

Insistir en la necesidad de la correcta ordenación de la Historia Clínica de Consultas Externas, dejando únicamente los documentos necesarios al objeto de disminuir el grosor de la Historia por el problema de archivo que se está originando.

De todos los objetivos, el único que no se ha cumplido y que se propone para el año siguiente es el referente a los documentos de Cirugía Mayor Ambulatoria. Se trata de unos documentos que no han pasado nunca por esta comisión y que es necesario depurar. Respecto a la Historia Clínica de Consultas Externas, se tiene la sensación de que tampoco se ha progresado a pesar que se han dado instrucciones al respecto, y es otro objetivo para desarrollar en próximos períodos.

3.- Reuniones mantenidas

La comisión desarrolla su actividad mediante las reuniones mensuales programadas a lo largo del año, exceptuando los meses de verano en que se interrumpe su actividad. El número de tales reuniones durante el año 2001 fue de nueve. Además de estas reuniones ordinarias se mantuvieron tres reuniones extraordinarias que fueron las siguientes: 7 de Junio de 200 1: A instancias de la dirección del Centro para evaluar y aprobar el documento: "Oferta de analgesia durante el parto" 12 de Julio de 2001: Para realizar la evaluación anual de la calidad de las Historias Clínicas 12 de Diciembre de 2001: Se realizó la evaluación de la calidad del Informe de alta hospitalario.

A las reuniones suele asistir alrededor del 50 % de los miembros de la comisión, en numerosas ocasiones debido a la falta de tiempo por tener programada actividad asistencial. Por

este motivo, en el mes de Diciembre se comenzaron las reuniones en horario de tarde para facilitar al máximo la asistencia de los miembros.

4.- Documentos aprobados

Durante el año 2001 se aprobaron los siguientes documentos tras la discusión con los respectivos ponentes:

Consentimientos informados:

Servicio de Traumatología:

"Autorización para el tratamiento quirúrgico de la fractura de cadera (ortosíntesisprótesis)"

Servicio de Cirugía:

"Autorización para colectomía total con o sin reservqrio"
"Autorización para resección de recto"
"Autorizacion para reseccion segmentaria de colon"
"Autorización para cierre del estoma"
"Autorización para polipectomia de colon o recto"
"Autorización para tratamiento quirúrgico del prolapso rectO'
"Autorización para resección intestinal"
"Autorizacion para tratamiento quirúrgico de la incontinencia anal"
"Autorización para tratamiento quirúrgico de la fisura de ano"
"Autorización para tratamiento quirúrgico de hernorroides"
"Autorj&pión para tratamiento quirúrgico de la fistula anal"
“Autorización para tratamiento quirúrgico del sinus pilonidal"
"Autorización para tratamiento quirúrgico de la eventración"
"Autorización para tratamiento quirúrgico de la hernia"
"Autorización para procedimientos con anestesia local"

Servicio de Cirugía Torácica:

"Autorización para biopsia pulmonar. mediastinotomía diagnóstica."
"Autorización para mediastinoscopia diagnóstica,'
"Autorización para tratamiento quirúrgico de hidatidosis pulmona?'
"Autorización para toracoacopia para diagnóstico de nódulo pulmonar`
"Autorización para tratamiento quirúrgico de tumor de mediastino"
"Autorización para tratamiento quirúrgico de neoplasia de pulmón7
"Autorización para simpatectomia torácica,'
"Autorización para toracoscopia por derrame pleural"
"Autorización para cirugía de neurnotórax espontáneo"
"Autorización para tratamiento quirúrgico de tumor de la pared torácicd'

Servicio de Urología:

"Autorización para reparación de hipospadías"
"Autorización para cistectomía radical". Este sustituye a dos anteriores, que se funden uno: 'Derivación urinaria" y "Cistectornía".
"Autorización para implantación de prótesis en uretra prostática',
"Autorización para implantación de prótesis w estenosis de uretra7
"Autorización para implantación de prótesis esftnter uretral"
"Autorización para implantación de prótesis de-impotenciá"
"Autorización para cierre de fistula uretral"
"Autorización para cirugía de la incurvación de pene"
"Autorización para linfadenectomia ilioinguinal" "Autorización para un fadenectomía retroperitoneal" "Autorización para penectomía parcial o total oernasculación`, "Autorización para tratamiento endovesical" "

Documentos de la Historia Clínica:

"Control de drenajes con apoyo de TC", propuesto por la Supervisora de Enfermería del Servicio de Radiodiagnóstico "Gráfica de cuidados y monitorización", propuesto por la Supervisora de Enfermería de Reanimación, con modificaciones propuestas por la Supervisora de UCI. Sustituye a 'Registro de cuidados de enfermería de Reanimaciów' y a "Gráfi deReanimación" 'Taloración de Enfermería al alta". Propuesto por D. Ambrosio Pescador y Dfla M.Angeles Salas. Sustituye a "Informe de cuidados de Enfermería al alta". 'Trescripción y administración de tratamiento" (Servicio de Farmacia y divers(servicios clínicos). Sustituye a "Ordenes de tratamiento en aquellas uniddes en las que se haya implantado la medicación unidosis. "Cuidados de Enfermería" propuesto por Supervisora de Planta &. Dcha. Sustituye a "Cuidados y medicación de Enfermería" "Hoja de control y tratamiento de UC11P Y Neonatal" (Servicio de Pediatría) "Control de CPAP" (Sección de Neumología) Tetición de Nutrición Parenteral en Neonatología y UCI Pediátrica" (Servicic de Pediatría).

Controles de calidad realizados
Evaluación anual de la calidad de las historias clínicas de pacientes hospitalizados, realizado el 12 de julio con una muestra de 100 historias (ver anexo) Evaluación anual de la calidad del informe de alta hospitalario, se relizó el 12 de diciembre, y sus resultados se están procesando.

6.- Otras actividades realizadas
El día 20 de Junio la Dra. Ascensión Rueda impartió una conferencia sobre "El papel de los administrativos en la confidencialidad de los datos de la Historia Clínica", invitada por la "Asociación de Administrativos de Instituciones Sanitarias".

En el mes de Julio se editó el "Manual de Documentación Clínica", en el que la comisión venía trabajando desde hace años. Su distribución en el hospital fue de lo más desfortunada, pasando -desapercibido por la forma en que se realizó.

3. COMISIÓN DE DOCENCIA. MEMORIA 2001

a/ Composición de la Comisión de Docencia. - **Miembros de la Comisión:** a/ Presidenta: Gema Vega González b/ Vicepresidente: Pedro Abizanda Soler (en funciones desde 4-12-2001). c/ Secretaria :Trinidad Flores Sánchez (Jefe de Grupo de Investigación y Docencia). d/ Representante de la Comunidad Autónoma: Pilar Pueyo Subías. e/ Representantes de los Tutores (son 5 y tienen voto): Francisco Medrano González (a 10-7-2001) Antonio Alamillo Sanz (10-7-2001) (Medicina Interna), Manuel Cortiñas (Anestesióloga y Reanimación), Virgilio Córcoles Gonzalez (Medicina Intensiva), David Caldevilla Bernardo (Medicina Familiar y Comunitaria), María Luisa Quintanilla Mata (Bioquírnica Cliluica). f/ Otros tutores (sin voto): Cándido Serrano López (Análisis Clínicos), Jesús Cifuentes Tebar (Cirugía General), Hernando Martínez Herrero hasta 5-10 de 2001 y José Luis Poveda Andrés a partir de esta fecha (Farmacia Hospitalaria), Pedro Abizanda Soler (Geriatría), Elena Escribano Garaizabal (Microbiología), Eduardo Gallego Valcárcel (Nefrologia), Guadalupe González Valladares (Neumología), Antonio Amezcua Recover hasta 4 de diciembre de 2001 D. Ignacio Peregrin González a partir de esta fecha (Obstetricia y Ginecología), Santiago Pérez Pascual (Oftalmología), Andrés Martínez Gutiérrez (Pediatría), Nieves Loeches Prados (Radiodiagnóstico), Ricardo Fuster Acebal hasta 27 de febrero de 2001 y a partir de esta fecha D. Juan Carlos González Brasero) (Trauinatología), Antonio Salinas Sánchez (Urología). g/ Representantes de los especialistas en formación: Joaquín Gómez Garrido hasta 17-8-2001 a partir de esta fecha D. Pedro Manuel Sánchez Jurado (Área Médica; MIR de Medicina Interna), DI Victoria Bazataqui Edo y Josefa Martinez Pérez hasta 17 de agosto de 2001 a partir de esta fecha D. Lorenzo Laguia Almansa y D' Ana Belén Moreno Gabaldon (Área Medicina Familiar; MIR de Medicina Familiar), Jesús Martínez Castroverde Pérez (Área

Quirúrgica; MIR de Traumatología), M' Angeles Juncos Tobarra hasta 17 de agosto de 20021 a partir de esta fecha D. Enrique Prada de Medio (Área de Servicios Centrales; MIR de Análisis Clínicos). h/ Coordinadora de la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria: Clotilde Boix Gras (Medicina Familiar y Comunitaria). i/ Especialista designado por la Comisión de Investigación: Antonio Salinas Sánchez. j/ Representante de la Junta de Personal: Cipriano Escribano Pardo.

Relación de medios personales y materiales durante 2001:

Medios personales:

-Los miembros de la Comisión anteriormente citados. -Del personal administrativo con que cuenta el Servicio de Docencia e Investigación/Secretaría de Comisiones Clínicas del centro, DI. Trinidad Flores Sánchez está dedicada parcialmente al trabajo administrativo para la Comisión de Docencia.

Medios materiales:

-Son compartidos con el Servicio de Docencia e Investigación y con la Secretaría del resto de comisiones clínicas del centro.

Espacio de unos 30 m2 para la secretaría en la entreplanta del anexo del Hospital (Jefatura de Estudios, junto a Dirección Médica). Con suficiente mobiliario de oficina para garantizar su actividad.

Material informático:

3 ordenadores personales
3 Impresoras: HP Láser et 111 y HP Laserjet 5L. 840 Series

3) Evaluación anual de Residentes:

Fecha de Evaluación: 25-4-01.MIR4, Y MIR-5.

-Número de residentes evaluados: 14 (1 de Bioquímica, 2 de Medicina Intensiva, 6 de Medicina Interna, 1 de Microbiología y Parasitología, 1 de Neumonía, 2 de Traumatología y 1 de Urología).

Resumen de calificaciones: 1 No apto,0 suficiente, 3 destacados Y 10 excelentes. Causa de no aptos (si procede): Bajas por maternidad.

Fecha de Evaluación: 29-5-99. MIR-3.

-Número de residentes evaluados: 13 (1 de Análisis Clínicos, 1 de Anestesióloga y Reanimación, 1 de Bioquímica, 1 de Farmacia Hospitalaria, 1 de Medicina Intensiva, 2 de Medicina Interna, 1 de Microbiología y Parasitología, 1 de Neumonía, 1 de Oftalmología, 1 de Traumatología y 2 de Radiodiagnóstico)

Resumen de calificaciones: 9 destacados y 4 excelentes. Causa de no aptos (si procede): Ninguna.

Fecha: 16 de julio de 2001. MIR-1-MIR 2

-Número de residentes evaluados: 35 (2 de Análisis Clínicos 2 de Anestesióloga y Reanimación, 1 de Bioquímica 1 de Cirugía, 2 de Farmacia Hospitalaria, 4 Geriatría 6 Ginecología ,

2 de Medicina Intensiva, 6 de Medicina Interna y 2 de Microbiología y Parasitología, 1 de Nefrología, 2 de Pediatría y 2 de Traumatología y 1 de Urología).

- Resumen de calificaciones: 19 destacados y 16 excelentes. - Causa de no aptos (si procede):

* No coincide el numero de residentes evaluados con el numero de residentes (total y por especialidad) punto 7/b, debido a la nueva incorporación de Especialistas en Formación aún no evaluados.

4) Evaluación final del período de residencia: Fecha: **29 de Abril 2001.**

- Número de residentes evaluados: 9 (1 Bioquímica, 1 Farmacia Hospitalaria 1 de Medicina Intensiva, 3 de Medicina Interna, 1 de Neumología, 1 de Urología, 1 de Trauma).

- Resumen de calificaciones: 1 destacado, 8 Excelentes - Causa de no aptos (si procede): Ninguna

7) **Actividades de formación especializada del Centro:**

a) Especialidades acreditadas y fecha de acreditación:

ANALISIS CLINICOS: 22-3-90.
ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION: 29-7-92
BIOQUIMICA CLINICA: 22-3-90
CIRUGIA GENERAL Y DEL APARATO DIGESTIVO: 1-3-91
FARMACIA HOSPITALARIA: 16-6-93
GERIATRIA: 17-6-98
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA: 25-2-98
MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA: 25-2-98
MEDICINA INTENSIVA: 1.986 -
MEDICINA INTERNA: 1986
MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA: 22-3-90
NEUMOLOGIA: 29-3-93
OFTALMOLOGIA: 1992
NEFROLOGIA: 1.993
PEDIATRIA: 8-5-90
RADIODIAGNOSTICO: 15-11-96
TRAUMATOLOGIA Y CIRUGIA ORTOPEDICA: 1.986
UROLOGIA: 13-9-90.

b) Número de Residentes (total y por especialidad): 134

ANALISIS CLINICOS: 4
ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION: 4
BIOQUIMICA CLINICA: 2
CIRUGIA GENERAL Y DEL APARTADO DIGESTIVO: 2
FARMACIA HOSPITALARIA: 4
GERIATRIA: 6
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA: 9
MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA: 51
MEDICINA INTENSIVA: 4
MEDICINA INTERNA: 14
MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA: 5
NEFROLOGIA: 1
NEUMOLOGIA: 1
OFTALMOLOGIA: 2
PEDIATRIA: 3
PSICOLOGIA: 2
PSIQUIATRIA: 5
RADIOLOGIA: 2

TRAUMATOLOGIA Y CIRUGIA ORTOPEDICA: 5
UROLOGIA: 1

c) Plan de Formación para Residentes:
Cursos realizados.
• Curso de Resucitaron Cardiopulmonar
• Curso de Urgencias
• Conferencia 'Cultura y Salud Ambiental"
7/C/2.Rotaciones externas:
M Angeles Juncos Tobarra (R4 de Bíoquímica).
- Hospital Comarcal de Hellin (Albacete): 3 meses (1 - 11 -00 al 31-01-01).
Carlos Subirón Caballeira (R3 de Análisis Clínicos).
-Hospital La Fe de Valencia: 3 meses (140-01 al 31-12-01).
Silvia Jover Pérez (R3 de Obstetricia y Ginecología).
-Hospital General de Alicante: 2 meses (1 - 10-0 1 al 30-11 -0 l).
Ana Valladolid Wlachs (R3 de Farmacia Hospitalaria).
-Hospital Pesset de Valencia: 19 dias (15- 10-01 al 4-11 -0 l).
María Luisa Sobrino Hernández (R4 de Medicina Intensiva).
-Hospital Valle de Hebrón (Barcelona): 3 meses (P11-01 al 31-01-02).
Ana Isabel Tornero Molina (R3 de Neumología).
-Hospital Gregorio Marañon de Madrid: 1 mes (Del 1-11-01 al 30-11 -0 l).
María Gómez Garrido (R4 de Anestesia).
-Fremap de Madrid: 15 dias (Del 15-11 -01 al 30-11 -0 l).
Mercedes Serrano Monteagudo (R4 de Microbiología).
-Hospital Virgen de las Nieves, de Granada: 3 meses (Del 110/01- al 31-12-01).
Nieves M Clímen Martínez (R3 de Ginecología).
-Hospital 12 de Octubre de Madrid: 2 meses (Del 1-11-01 al 31-12-01)

b/ **Número de reuniones celebradas: fecha y número de asistentes.** Durante 2001 se han celebrado 7 reuniones. Reunión 1: 27 de febrero de 2001. 14 asistentes. Reunión 2: 4 de abril de 2001. 16 asistentes.

Reunión 3: 10 de Mayo de 2001. 15 asistentes. Reunión 4: 10 de julio de 2001. 12 asistentes. Reunión 5: 20 de septiembre de 2001 : 14 asistentes Reunión 6: 5 de octubre de 2001: 12 asistentes Reunión 7 : 4 de diciembre de 2001

4. MEMORIA DE LA COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN

Nº DE REUNIONES: Ocho reuniones

ORGANIZACIÓN DE LA CONVOCATORIA SOBRE TRABAJOS DEL AÑO 2000 DE LOS PREMIOS DE INVESTIGACIÓN Y RELACIÓN DE PREMIADOS.

Selección del jurado de los premios.
Distribución de los trabajos.
Valoración global de los trabajos.
Adjudicación de los Premios. (ANEXO I)
Entrega de Premios.

REUNION CON EL DIRECTOR GERENTE Y LA COMISION DE DOCENCIA PARA TRATAR EL TEMA DE LA REORGANIZACIÓN DE LA DOCENCIA E INVESTIGACIÓN EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE ALBACETE.

RESOLUCIÓN DE CONVOCATORIA PARA CUBRIR UNA PLAZA DE ENFERMERÍA EN LA COMISIÓN.

Se presentaron dos candidatos: Javier Cano Molina y Concepción Lázaro Castañer. Siendo admitida Concepción Lázaro Castañer, según baremo de valoración de méritos de vigente a fecha 4 de junio de 2001

ELABORACIÓN DEL FORMULARIO DE VALORACIÓN DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN.

Se elaboró y aprobó un formulario estándar para la valoración de proyectos de Investigación.

DIFUSIÓN DE CONVOCATORIAS DE AYUDAS A LA INVESTIGACIÓN.

APOYO DE LA COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN (ANEXO II)

Pago de separatas y Gastos de Publicación.

"COMPLETE EVISCERATION OF THE SMALL INTESTINE THROUGH A P..." Pedro Cascales Sánchez.

"AZITHROMYCIN AND GENTAMICIN THERAPY FOR THE TREATMENT OF HUMANS WITH BRUCELLOSIS" Javier Solera Santos.

Traducción de Trabajos para Publicación.

"HFE GENE AND ITS MUTATIONS IN HEMOCHROMATOSIS. ALCOHOL AS A TRIGGERING FACTOR ..." Mª del Mar Vicente Gutiérrez.

"RESUMEN DE TUMOR VESICAL" Miguel Segura Martín.

"NOSOCOMIAL INFECTION AND RISK FACTORS IN A SERVICE OF GENERAL SURGERY: A PROSPECTIVE STUDY". Pedro Cascales Sánchez.

"ABSENCE OF A RELATIONSHIP BETWEEN THE INCREASED SURVIVAL OF SKIN GRAFTS PROVOKED ..." Dolores Garcia Olmo.

"..." Tomás Segura Martín.

Subvención de Estancias Cortas.

"CURSO BIOLOGÍA MOLECULAR DEL CANCER: FUNDAMENTOS, PRESPECTIVAS. Cristina Fernández Vega.

PROPUESTA DE REVISIÓN DE ESTATUTOS DE LA COMISION.

Se distribuyeron los estatutos vigentes para su actualización

5. COMISIÓN DE FARMACIA

MIEMBROS

Dr. José Luis Poveda Andres (Presidente)
Dr. César Herrero Quirós (Secretario)
Dr. Mariano Arévalo González
Dr. Pedro Ferreras Fernández
Dr. Rafael García Delgado
Dra. Carolina Gutiérrez Junquera
Dra. Isabel Murcia Saez

Dr. Ramón Peyró García
Dr. Juan Ramón Romero Macía
Dra. Caridad Sainz de Baranda

Nº DE REUNIONES: 5

Nº DE ASISTENTES: 9

Asistentes en calidad de oyentes:
Cristina García Gómez (FIR)
Rosa Fuster Ruiz de Apodaca (FIR)
María Garriges Sebastián (FIR)
José Moreno Cánoves (Director Gerente)
Dolores Calderón Jiménez

ACTIVIDADES REALIZADAS:
Estudio utilización de medicamentos.
Informe costes prescripción pacientes en consultas externas.
Informes farmacoeconómicos trimestrales.
Protocolos de equivalentes terapéuticos.
Informes farmacoterapéuticos de medicamentos no incluidos en la Guía del Hospital.
Valoración solicitud de inclusión de medicamentos en la Guía del Hospital.

6. COMISIÓN DE ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA

MIEMBROS

Dr. Blas González Montero (Presidente)
Dr. Alberto Masegosa Medina (Secretario)
Dr. Manuel Aguilera Saldaña
Dr. Antonio Alamillo Sanz
Dr. Enrique Juliá Moya
Dra. Montserrat Maicas Mascarell
Dr. Antonio Martínez García
Dr. Joaquín Payá Berbegal
Dr. Manuel Haro Estarriol

Nº DE REUNIONES: 3

Durante este año hemos tenido la baja del Dr. Manuel Haro por motivos laborales.

Se han actualizado el protocolo de diagnóstico del Tromboembolismo Pulmonar, por el Dr. Haro.

El protocolo de tratamiento ambulatorio de la TVP está pendiente de acuerdo con la Gerencia de Atención Primaria.

Se renovó el cargo de Presidente de la Comisión que recayó en el Dr. González Montero. Se aprobó que las sucesivas renovaciones se realizarían a principios de año.

Se realizó la solicitud a la Dirección Médica con fecha 26 de diciembre de 2000 de instalar una TAC Helicoidal en el Hospital General como prueba diagnóstica del TEP. Se adjunta copia del Acta y la Nota Interior. Hasta ahora no se ha recibido contestación.

Se aprueba la creación del grupo de Muy Alto Riesgo (Profilaxis de ETEV) y la aplicación de la HBPM; una dosis cada 24 horas.

Nos consta el normal funcionamiento de la profilaxis de ETEV en los procesos de CMA en aplicación del acuerdo de esta Comisión con su Responsable.

Se solicitó la posibilidad de adquisición de Bomba Venosa Plantar para su uso en todos los Servicios que lo solicitasen. La petición por parte del Servicio de UCI fue denegada por la Comisión de Compras, según informó el Jefe de Servicio. La petición por parte del Supervisor de Enfermería de Traumatología de adquirir una nueva unidad, fue así mismo denegada.

Se elaboró el "protocolo de tratamiento preoperatorio ambulatorio en pacientes anticoagulados con Sintrom".

Se ha solicitado al Servicio de Anestesia incluirse como miembro de esta Comisión.

Esta Comisión de ETEV ha seguido siempre una línea de fidelidad a sus objetivos. Las decisiones que se han derivado de la Comisión han pasado previamente por la discusión de sus miembros.

7. COMISION DE TRASPLANTE DE ORGANOS Y TEJIDOS

- Durante el año 2.001, esta Comisión se ha reunido en 4 ocasiones.
- La asistencia a las mismas ha sido de entre 8 y 13 miembros, cumpliendo siempre con los estatutos.
- La Dirección Médica y Dirección de Enfermería sólo han enviado representantes a las dos primeras reuniones.
- Se han producido las siguientes bajas, altas y cambios:
    - el Secretario ha sido sustituido (el Dr. Francisco Llamas ha sido baja y actualmente es secretario el Dr José Luis Cortés);
    - 2) ha dimitido Doña Elena Gutiérrez al ser cesada como supervisora de Nefrología;
    - 3) se han incluido dos nuevos miembros representando a la Unidad de Inmunología y de Enfermedades infecciosas respectivamente.
- Se revisó el Consentimiento Informado para los receptores de Trasplante de Médula ósea.
- El Servicio de Hematología ha informado periódicamente M desarrollo del programa de Trasplante de Médula ósea.
- El servicio de oftalmología a presentado los informes que se le han solicitado de su actividad de Trasplante de Córnea y Lista de espera.
- Se desarrolló el Consentimiento Informado para los receptores de Trasplante Renal que se ha incluido en la última Solicitud de Acreditación. Se remitirá en fechas próximas a la Comisión de Historias Clínicas para su normalización en nuestro hospital.
- Se ha informado puntualmente a la Comisión de los trámites llevados a cabo para solicitar de nuevo la acreditación del Trasplante Renal para nuestro Hospital.
- Se ha desarrollado un programa de reciclaje para los profesionales que en el futuro asumirán la actividad de Trasplante Renal. No se han fijado fechas en espera de tener la certeza de la acreditación de esta actividad. Este programa se presentará en breves fechas a la Dirección para que se puedan preveer las necesidades económicas del mismo.

OBJETIVO GENERAL 12: MEJORAR EL FUNCIONAMIENTO DE LA UNIDAD DE CALIDAD DEL HOSPITAL

En algunos hospitales, en las Unidades de Calidad existen áreas de trabajo separadas y falta de integración de los profesionales médicos, de enfermería, y profesionales no sanitarios. Es necesario desarrollar una verdadera Unidad de Calidad con objetivos comunes, y objetivos específicos de área, coordinados entre si, con dependencia funcional del Coordinador de Calidad y bajo la dirección del Gerente o de la persona del equipo directivo en quien delegue. Progresivamente deberá incorporarse a la Unidad de Calidad un profesional no sanitario.

Objetivo operativo 12. Lograr la integración funcional de los distintos profesionales de la Unidad de Calidad, bajo la dirección del Gerente o de la persona del equipo directivo en quien delegue.

****¿Evalúa el hospital este objetivo?:**
Si **X**
No

****Responsable del objetivo (nombre y puesto de trabajo)**
Director Gerente, Dr. J. Moreno. Coordinador de Calidad, Dr FJ Lucas Imbernón.

****¿Cuál ha sido la acción de mejora más relevante llevada a cabo?**
Nombramiento de coordinador de calidad y supervisora de calidad. Rotación de un residente de Medicina Preventiva y Salud Pública de noviembre a enero.....

Indicador 12 . Nº de componentes de la Unidad de Calidad

Nº de componentes de la Unidad de Calidad **2**

La Unidad de Calidad está integrada por:

Personal medico	SI **X**	NO ☐
Personal de enfermería	SI **X**	NO ☐
Personal de la División de Gestión (excluyendo personal auxiliar administrativo)	SI ☐	NO **X**

OBJETIVO GENERAL 13: MEJORAR LA GESTIÓN DE LOS SUMINISTROS

Facilitar a los profesionales clínicos los productos precisos para realizar su labor asistencial constituye una labor muy compleja, ya que hay que programar los productos que se deben comprar y en qué cantidades, todo ello de acuerdo al marco jurídico vigente, que en aras a los principios de objetividad y transparencia conlleva numerosos trámites. Una vez acordada la compra se recepciona, almacena, se realiza la distribución interna y un posterior almacenaje previo a su utilización final.

A esta complejidad descrita se unen otras circunstancias que la incrementan todavía más, como es el elevado número de productos utilizados en un hospital, el funcionamiento durante todas las horas del año y el elevado gasto de recursos que suponen.

Estas dificultades sólo serán superadas si existe una mínima estructuración del Area de Suministros, con el fin de llevar a cabo una gestión interna eficiente y dar un servicio de calidad al resto de las unidades del hospital.

En este sentido se considera que la existencia de una Comisión de Adquisiciones bien estructurada y operativa, que se reúne sistemáticamente, es uno de los elementos fundamentales en la gestión de los suministros, al constituir la misma el foro de coordinación y toma de decisiones adecuado.

Objetivo operativo 13. Mantener una comisión de adquisiciones bien estructurada y operativa.

****¿Evalúa el hospital este objetivo?:**

Si **X**

No

****Responsable del objetivo (nombre y puesto de trabajo)**

Supervisión de nuevas tecnologías nuevas adquisiciones (Antonia Romero).

****¿Cuál ha sido la acción de mejora más relevante llevada a cabo?**

Creación de nuevos circuitos para la adquisición de nuevas tecnologías con la colaboración de la comisión mixta y la supervisión de nuevas tecnologías.

****Indicador 13.1 ¿Existe comisión de adquisiciones?**

Si

No **X**

****Indicador 13.2 Número de reuniones anual de la comisión de adquisiciones.**

Nº de reuniones anuales de la comisión de adquisiciones …**0**……
Pacto en el CG01……**40**……. Resultado alcanzado……**0**…….

OBJETIVO GENERAL 14: POTENCIAR LA FORMACIÓN CONTINUADA DEL PERSONAL SANITARIO

Una de las líneas maestras del Plan de Calidad Total del INSALUD es el desarrollo de la formación del personal en métodos efectivos de la gestión de la calidad. La formación en calidad trata de lograr que el personal sanitario mejore los servicios que presta, respecto a la manera de tratar, informar, diagnosticar, curar y cuidar a los pacientes. Además, la formación consigue mejorar la participación de los profesionales sanitarios en los planes de calidad total. Por desgracia, una parte considerable de los profesionales observa el desarrollo de la calidad asistencial con escepticismo, o rechazo. Para lograr que la participación sea lo más efectiva posible, hay que aumentar el nivel de formación y compromiso del personal en el campo de la calidad asistencial. Para ello, hay que ofertar cursos de formación adecuados, e incentivar la formación continuada y la investigación de calidad.

La formación en calidad debe ir dirigida a los componentes de los equipos directivos, a los profesionales sanitarios, y en general, a todo el personal de la organización, debiendo ser además multidisciplinar. En el año 2000, 44 hospitales del INSALUD tenían previsto organizar un curso o más de calidad asistencial. El objetivo para el año 2001 es que todos los hospitales deberían organizar, al menos, un curso de calidad asistencial.

Objetivo operativo 14. Aumentar el número de profesionales sanitarios formados en calidad asistencial.

****¿Evalúa el hospital este objetivo?:**

Si **X**

No

****Responsable del objetivo (nombre y puesto de trabajo)**

Coordinador de Calidad, Dr FJ Lucas Imbernón.

****¿Cuál ha sido la acción de mejora más relevante llevada a cabo?**

Realización del curso de calidad asistencial.

****Indicador 14.1 Nº cursos impartidos dentro del programa de formación continuada sobre calidad asistencial.**

Nº de cursos impartidos dentro del programa de formación continuada sobre calidad asistencial Pacto en el CG01……**1**……. Resultado alcanzado……1…….

****Indicador 14.2 Nº de profesionales que asistieron a los cursos impartidos dentro del programa de formación continuada sobre calidad asistencial.**

Nº de profesionales que asistieron Pacto en el CG01……. Resultado alcanzado……18…….

OBJETIVO GENERAL 15: REDUCIR EL TABAQUISMO EN EL PERSONAL SANITARIO

El tabaquismo es la primera causa de morbilidad y mortalidad evitable en nuestra sociedad. A nivel mundial, se calcula que un tercio de la población adulta es fumadora. El tabaco produce 4 millones de muertes anuales en el mundo. En España, el tabaquismo es un grave problema de salud pública, produciendo unas 40.000 muertes anuales. También se ha demostrado que la inhalación de humo ambiental, tabaquismo pasivo, supone un riesgo para las personas no fumadoras. Los costes sanitarios y sociales ocasionados por las muertes prematuras y las enfermedades atribuibles al tabaquismo son muy elevados.

Los profesionales sanitarios deben ser conscientes de la importancia de su participación activa en la reducción del hábito tabáquico de la población, por las cuatro funciones que desempeñan: modélica, social, educadora y de apoyo.

El objetivo incluido en el Plan de Calidad del año pasado, y que continua en el Plan de Calidad del 2000, es mejorar la implantación en los hospitales de las medidas establecidas en el Real Decreto 192/88 sobre normas de uso del tabaco y que están basadas en la normativa de la OMS, refrendadas por los países europeos:

- Señalización en las entradas del hospital de la prohibición de fumar en centros sanitarios.
- Habilitar áreas específicas donde se permita fumar, diferenciando los destinados a pacientes y familiares, de los del personal sanitario.

La meta final es conseguir "hospitales sin tabaco".

Objetivo operativo 15. Mejorar la implantación de las medidas sobre normas de uso del tabaco.

****¿Evalúa el hospital este objetivo?:**

Si **X** No

****Responsable del objetivo (nombre y puesto de trabajo)**

Unidad de Medicina Preventiva, Dra. M Lizán.

****¿Cuál ha sido la acción de mejora más relevante llevada a cabo?**

Señalización del Hospital y colocación de los carteles.

Indicador 15.1. Existe señalización en las entradas del hospital de la prohibición de fumar en centros sanitarios, salvo en zonas permitidas.

X Si No

Indicador 15.2. Se han habilitado áreas específicas donde se permita fumar, diferenciando los destinados a pacientes y familiares, de los del personal sanitario.

Si **X** No

Indicador 15.3. Se han llevado a cabo otras acciones complementarias para la prevención del tabaquismo.

X Si No

Señalar las acciones llevadas a cabo:

1. Se ha realizado un curso para dejar de fumar entre personal sanitario.
2. Se celebró el día mundial sin tabaco con mesas a la entrada del Hospital que repartían documentación, y personas que se desplazaban por las plantas dando el mensaje antitabaco. Se hizo en colaboración con la AECC.
3. Se evaluó el programa antitabaco.

Ejemplos:

- Extensión de la señalización antitabaco en el hospital: plantas, servicios centrales, etc.
- Incluir información sobre la prohibición de fumar y los lugares habilitados para fumadores en los folletos informativos que se entregan al paciente dentro del Programa de Acogida.
- Implantar el día sin tabaco en el centro sanitario.
- Actividades en formación.
- Desarrollo de un programa integral de prevención del tabaquismo.

**INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS /ANÁLISIS DE CAUSAS /SUGERENCIAS:.....

El programa que se inició en 1998 está en punto muerto. El paso a dar es el compromiso de la dirección asumiendo las políticas del centro de una forma consistente y empezar a trabajar las zonas de fumadores de trabajadores y familiares, definiendo responsabilidades en cuanto al cumplimiento de las normas.

OBJETIVO GENERAL 16: DESARROLLAR UN PROGRAMA DE ACOGIDA AL NUEVO TRABAJADOR

Toda organización tiene que ser capaz de satisfacer las expectativas iniciales de los profesionales que se incorporan a ella por primera vez. Superar las barreras existentes generadas por el desconocimiento del entorno al que se enfrentan los profesionales facilitará la integración de los mismos en la organización.

La incorporación de un trabajador a un centro sanitario es un momento clave en la vida laboral. Para el nuevo trabajador, supone un momento de gran tensión. Para beneficio de los trabajadores y la institución, es conveniente que se establezcan claramente las actividades de acogida. Estas actividades pueden consistir en un acto de bienvenida, una charla en la que se oriente a los recién incorporados acerca de las características del hospital y del área, de la cultura de la organización, sistema retributivo, normas, etc. También es importante ofrecer información práctica, como accesos, documentación interna, etc. Es recomendable elaborar una guía con la información por escrito.

El Plan de Acogida se perfila como una herramienta útil para el conocimiento de la misión y valores de la organización, para la identificación de los profesionales con su organización y para la generación de un clima de confianza y seguridad que facilitará el ejercicio profesional de las distintas profesionales.

Objetivo operativo 16. Desarrollar un programa de acogida al nuevo trabajador.

****¿Evalúa el hospital este objetivo?:**

Si **X**

No

****Responsable del objetivo (nombre y puesto de trabajo)**

Dirección de Gestión.

****¿Cuál ha sido la acción de mejora más relevante llevada a cabo?**
Realizar el borrador del proyecto de acogida.

Indicador 16. ¿Dispone el hospital de un programa de acogida al nuevo trabajador?
Si
No **X**

**¿Dispone el hospital de una guía documentada sobre el programa de acogida?
Si
No **X**

**CRITERIOS DE EVALUACIÓN: Las áreas a abordar en la guía tendrán que estar orientadas hacia:

- ✓ Derechos y deberes de los paciente
- ✓ Derechos y deberes de los profesionales
- ✓ Organigrama directivo y organización interna
- ✓ Estructura del Hospital (localización de los distintos servicios)
- ✓ Normativa interna del centro hospitalario (permisos y licencias,ayudas sociales, tarjeta identificativa, parking, cafeteria , comedor, taquillas vestuarios, lenceria lavandería, comités y comisiones etc.)
- ✓ Normativa de Prevención de Riesgos Laborales.

OBJETIVO GENERAL 17: MEJORAR LA COMUNICACIÓN INTERNA EN LA ORGANIZACIÓN

La comunicación interna dirigida a los profesionales debe mejorar. Para ello, el Plan de Calidad Total del INSALUD propone una serie de acciones, como son: difundir las iniciativas de mejora, y establecer un plan de comunicación interna y externa (ciudadanos, medios de comunicación).

Así, las gerencias deben adoptar las medidas necesarias para que las decisiones tomadas por los órganos ejecutivos (Comisión Paritaria A.P-A.E) lleguen a todos los profesionales implicados.

Se deben combinar las formas de comunicación clásica con algunas nuevas, como la utilización de la intranet, allí donde sea factible, que está resultando muy útil.

Objetivo operativo 17. Establecer un plan de comunicación interno.

****¿Evalúa el hospital este objetivo?:**
Si **X**
No

****Responsable del objetivo (nombre y puesto de trabajo)**
Dirección de Gestión.

****¿Cuál ha sido la acción de mejora más relevante llevada a cabo?**
Realización de un borrador de proyecto de comunicación interna que está siendo analizado por la dirección del Hospital en colaboración con distintos profesionales del mismo.

Indicador 17. El hospital ha establecido un plan de comunicación interno.
Si
No **X**

OBJETIVO GENERAL 18: IMPLANTACIÓN Y DESARROLLO DEL PROGRAMA DEL VOLUNTARIADO

La acción voluntaria se ha convertido hoy en día en uno de los instrumentos básicos de participación de la sociedad. Para regular esa participación se promulgó la Ley 6/1996 de Voluntariado y se elaboró el Plan Estatal de Voluntariado 1997-2000.

Los servicios sanitarios han experimentado un gran aumento de la demanda, en estos últimos años, debido a factores como el progresivo envejecimiento de la población y la exigencia de una mayor calidad de vida. Por ello y por lo expuesto con anterioridad, el INSALUD participa activamente en el diseño y desarrollo del Plan Estatal de Voluntariado. El INSALUD ha adquirido compromisos que ya ha ejecutadoy otros que deberá cumplir en un futuro próximo, como permitir dar continuidad a las prestaciones que vienen desarrollando los objetores de conciencia y que finalizaran su colaboración con la supresión del servicio militar el 31 de diciembre del año 2001.

La aplicación del Plan de Voluntariado en el INSALUD debe seguir una serie de criterios generales, ya elaborados desde los servicios centrales y difundidos en sus centros. Entre los compromisos adquiridos, está el establecer convenios de colaboración con las ONGs. Será necesario realizar una evaluación periódica de su desarrollo, para detectar posibles fallos y aplicar las medidas de mejora oportunas.

Objetivo operativo 18. Lograr la implantación del Programa del Voluntariado en todos los centros del INSALUD que desarrollan actualmente el programa de colaboración social con objetores de conciencia.

****¿Evalúa el hospital este objetivo?:**

Si **X** No

****Responsable del objetivo (nombre y puesto de trabajo)**

RELACIONES PÚBLICAS, D. P Segovia.

****¿Cuál ha sido la acción de mejora más relevante llevada a cabo?**

Se han ampliado los servicios cubiertos alcanzando a Geriatría.

Indicador 18. ¿Se ha establecido algún convenio de colaboración con ONG's?

Si **X** No

No se ha establecido ningún convenio nuevo, permanecen vigentes los dos de años anteriores (AECC y VAS).

OBJETIVO GENERAL 19: DETECTAR A LOS PACIENTES CON RIESGO SOCIAL AL INGRESO

La Guía de organización del Servicio de Trabajo Social en Atención Especializada. incluye en su aportado 5.2 que los Servicios de Trabajo Social pueden recoger en su Cartera de Servicios la implantación de un programa de detección de factores de riesgo social al ingreso del paciente. Este objetivo es relevante desde el punto institucional debido a su influencia sobre los ingresos y estancias innecesarias que pueden evitarse. El hospital debe coordinarse con los recursos sociosanitarios del Área para evitar estancias innecesarias.

Objetivo operativo 19. Implantar un programa de detección de factores de riesgo social al ingreso del paciente.

****¿Evalúa el hospital este objetivo?:**

Si **X**

No

****Responsable del objetivo (nombre y puesto de trabajo)**
Atención al Paciente, Unidad de Trabajadores Sociales.

****¿Cuál ha sido la acción de mejora más relevante llevada a cabo?**
Evaluación del indicador.

Indicador 19. Porcentaje de pacientes en riesgo social detectados que son entrevistados por la unidad de seguimiento .

Fórmula del indicador

Nº pacientes en riesgo social detectados que son entrevistados por la unidad de seguimiento x 100
Nº pacientes en riesgo social detectados

METODOLOGÍA: Todos los pacientes considerados como de riesgo social en el periodo escogido, o una muestra aleatoria en función del volumen de pacientes en dicho periodo.

Periodo de estudio..enero-noviembre 2001.....
Población total del periodo de estudio...1448.....
Población estudiada: 176

Total
X Muestra

Resultado

Nº 176 x 100 = ...12,15%..... %
Nº 1448

Pacto en el CG01 .....Sí..... Resultado alcanzado .....Sí.....

**CRITERIOS DE EVALUACIÓN:

Pacientes mayores de 70 años ingresados más de dos días en los Servicios de Traumatología y Medicina Interna. Quedan excluidas las entrevistas meramente informativas sin actuación profesional.

INDICADOR DEL RIESGO SOCIAL

Dado el volumen de pacientes ingresados en el CHUA durante el año 2001, y al no ser posible entrevistar a todos los pacientes mayores de 65 años que ingresan en éste centro por sobrecarga de trabajo cotidiano, se han escogido los Servicios de Traumatología y Medicina Interna por ser las dos especialidades en las que los pacientes plantean más problemas al alta y por lo tanto con las que más se trabaja.

Se ha escogido de muestra, pacientes mayores de 70 años ingresados más de dos días en los Servicios de Traumatología y Medicina Interna; el número total asciende a 1448 pacientes, de los cuales desde ésta Unidad se ha realizado actuaciones con seguimiento en 176 pacientes, lo que implica el **12'15%** de¡ total. Quedan excluidas las entrevistas meramente informativas sin actuación profesional.

Otra actuación importante que se desarrolla desde ésta Unidad es la atención a pacientes ingresados a consecuencia de accidentes de tráfico, ya que se ha constatado que las gestiones con las companias demoran el alta hospitalaria, (por desconocimiento en las gestiones de las personas afectadas y las dificultades que les surgen), con lo cual también se actúa con este problema, coordinando y gestionando con las compañías las altas, de ésta forma se evitan retenciones innecesarias. Durante el mismo periodo de tiempo se han atendido 46 accidentes de tráfico.

3. Monitorización de indicadores

La monitorización es la medición sistemática y planificada de indicadores de calidad. Esta actividad tiene como objetivo identificar la existencia de situaciones problemáticas que hay que evaluar o sobre las que hay que intervenir. La monitorización de indicadores de calidad sirve como complemento a la evaluación de los objetivos comunes. Su utilidad ha sido demostrada en programas de evaluación de indicadores, como el HEDIS, el "Maryland Hospital Association Quality Indicator Project", o el "University Hospital Consortium".

Una parte de los indicadores pueden ser calculados a partir del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD), que se analiza centralizadamente. Estos indicadores miden aspectos de la asistencia sanitaria con impacto en la calidad, y permiten comparar los resultados entre los distintos hospitales y entre distintas organizaciones. Estos indicadores tienen ciertas limitaciones metodológicas, lo que obliga a una utilización responsable de los datos, tanto a nivel local como al nivel de la organización. Es posible que haya razones que justifiquen que algunos hospitales tengan resultados muy diferentes al resto, pero quizá un estudio más profundo de las circunstancias les puede ayudar a detectar problemas no conocidos hasta entonces e implantar acciones de mejora para solucionarlos.

Existen otra serie de indicadores que no se pueden obtener automáticamente de los sistemas de información del CMBD y que precisan estudios específicos en los hospitales. Algunos son indicadores clínicos y otros evalúan la adecuación de la atención sanitaria. En general, hay que procurar utilizar indicadores que tengan una fácil interpretación clínica o de gestión, y sean útiles para que los profesionales mejoren su práctica asistencial. Para el año 2001, se mantienen los indicadores que están siendo útiles en la mejora continua de la calidad asistencial, y se incorporan algunos nuevos.

El hospital debe:

- Analizar los resultados de los indicadores, incluidos los que se obtienen del CMBD, las tendencias y compararse con el resto de los hospitales de su grupo.
- Llevar a cabo los estudios que le permitan obtener una serie de indicadores que no se obtienen automáticamente de los sistemas de información.
- Analizar las causas cuando los resultados estén alejados de la media, y siempre que aparezca un caso que se considere un suceso centinela.
- Llevar a cabo las medidas de mejora o acciones correctoras necesarias, y no limitarse a conocer los resultados.

En la evaluación final del hospital se valorará si se ha llevado a cabo la monitorización, pero no los resultados obtenidos. Tal como se expresa en las líneas generales del contrato, la monitorización de los indicadores clínicos tiene el objetivo de detectar problemas de calidad, pero su utilización no debe emplearse en la clasificación de hospitales ya que, las limitaciones del propio sistema de información y la presencia de otras variables no controladas o desconocidas, no permiten este uso. Sin embargo, esta información puede ser utilizada por la SGAE para pedir información a los hospitales sobre las acciones de mejora que se implanten cuando los valores se alejen de la media.

Los hospitales deben ser rigurosos en la metodología de evaluación, poniendo atención en la definición de los indicadores y en los tamaños muestrales.

3.1. Indicadores que se obtienen a través de la explotación del CMBD y otras bases de datos.

Muchos de los resultados del grupo de indicadores incluidos en el Plan de Calidad se obtienen de la explotación del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD). Estos indicadores pueden ser monitorizados en los hospitales y sus resultados ser conocidos por los servicios clínicos y/o las

comisiones de calidad responsables de su valoración. Basándose en los resultados y las tendencias, podrán analizar las causas y proponer acciones de mejora.

M1. Mortalidad potencialmente evitable. Existen una serie de procesos que, en un determinado rango de edad, no deberían producir mortalidad alguna. Sus datos provienen de los estudios de Holland, quien estableció una tabla de mortalidad evitable para todo el conjunto del sistema sanitario y para la asistencia sanitaria intrahospitalaria. Es un indicador centinela, ya que la aparición de un solo caso obliga a una investigación, para detectar problemas de calidad y corregir aquellas situaciones que pudieran haberlo provocado.

Con la periodicidad que el hospital decida, el sistema informático del hospital realizará una búsqueda para detectar casos de mortalidad que estén incluidos en la tabla de Holland para casos intrahospitalarios. Los servicios recibirán esta información y deberán emitir un informe pormenorizado a la Comisión de Mortalidad o en su defecto a la Dirección Médica en donde se indicará:

- Resumen de historia clínica del caso.
- Estudio pormenorizado de causas de mortalidad.
- Problemas de calidad detectados.
- Resoluciones tomadas en el caso particular.

La tabla de Holland es:

ENFERMEDAD	EDAD	Casos(n)	Exitus(n)	Exitus P Evitable (n)
Asma (Código 493)	5 – 64 años	12	0	0
Apendicitis (Código 540 al 543)	5 – 64 años	198	0	0
Hernia abdominal (Código 550 al 553)	5 – 64 años	54	0	0
Colelitiasis (Cód 574), Colecistitis (Cód 575)	5 – 64 años	88	2	0
Mortalidad materna (Código 640 al 676)	Todos	2734	0	0
Mortalidad perinatal (Código 760 al 779)	Todos	313	14	0
Mortalidad potencialmente evitable				0 %

Periodo de estudio: enero-septiembre 2001

Fórmula del indicador

Nº total pacientes fallecidos en el hospital por causas potencialmente evitables x 100
Nº pacientes dados de alta por estas causas

MPE= 0 *100 / 3399 = 0%

M2. Tasa de mortalidad neonatal. Es un indicador de los riesgos neonatales. En su numerador se incluyen todos los recién nacidos fallecidos entre el parto y el día 28 de vida, y en el denominador, todos los recién nacidos.

Periodo de estudio: enero-septiembre 2001
TMN=Nº de éxitus neonatales*1000/recién nacidos totales =3*1000/ 2153=1,40* 1000

M3. Mortalidad perioperatoria por procesos (bypass coronario, fractura de cadera). Mortalidad producida en pacientes sometidos a algún procedimiento quirúrgico, en las primeras 48 horas tras la anestesia. Puede calcularse la mortalidad específica para algunos procedimientos frecuentes, por ejemplo, el bypass coronario o en la fractura de cadera. De todas formas, hay que ser especialmente cuidadoso en la interpretación de los resultados de este tipo de indicadores, ya que existen problemas metodológicos que pueden reducir su validez.

Mortalidad perioperatoria (Incluida la intraoperatoria) 48h=
Fórmula del indicador

100 * Nº de muertos en menos de 48h
Nº de intervenciones hospitalizadas
100*23 / 5586= 0.4117%

Mortalidad perioperatoria (Incluida la intraoperatoria) 48h en fractura de cadera=
Fórmula del indicador

100 * Nº de muertos en menos de 48h intervenidos de fractura de cadera
Nº de intervenciones hospitalizadas
0*100 / 249 = 0.0 %

M4. Altas y estancias potencialmente ambulatorias. Se calcula el número de altas y estancias generadas por los pacientes hospitalizados (totales y en el grupo de edad de mayores de 65 años), correspondientes a los GRDs definidos como potencialmente ambulatorios. La tabla utilizada en años anteriores está en este momento siendo actualizada en la SGAE y se os enviará en breve plazo para vuestro conocimiento.

Periodo de estudio: enero – septiembre 2001
Altas potencialmente ambulatorias: 1537
Estancias potencialmente ambulatorias: 3603
Estancia media potencialmente ambulatoria: 2.34
Altas potencialmente ambulatorias en > 65 años: 396
Estancias potencialmente ambulatorias en > 65 años: 1179
Estancia media potencialmente ambulatoria en > 65 años: 2.98

M5. Tasa de cesáreas. Relación entre el número de cesáreas (GRDs 370, 371, 650 y 651) y el número total de partos más cesáreas (GRDs 370, 371, 372, 373, 374, 375, 650, 651 y 652).

Las tasas de parto por cesárea han aumentado enormemente en todo el mundo, aunque de forma variable, según áreas geográficas y hospitales. En España, la tasa más reciente de cesáreas en los hospitales del INSALUD (1999) se sitúa en el 19,2%. En este aumento, se han implicado factores como la presentación de nalgas, inmadurez fetal, aumento de la utilización de la monitorización fetal, y medicina defensiva. Se ha señalado que uno de los factores que más influye es el estilo de práctica de los médicos.

Periodo de estudio: enero-septiembre 2001
TC=Nº cesareas*100/Nº de partos= 350 * 100/2122=16.49%

M6. Reingresos urgentes de la misma Categoría Diagnóstica Mayor (CDM). Los reingresos urgentes por la misma CDM en un periodo de tiempo limitado ayudan a detectar problemas de no calidad en la asistencia hospitalaria previa.

Se analizan durante el período de estudio aquellos pacientes con más de un ingreso clínico. Se considera episodio inicial de un paciente al primer episodio de ingreso durante el año en curso

y reingresos al siguiente o siguientes episodios de ingreso. Para cada uno de estos reingresos se calcula el período de tiempo transcurrido entre la fecha de ingreso del mismo y la fecha de alta del episodio anterior. Por ejemplo, si durante el período de análisis un paciente ha ingresado tres veces en el hospital se consideraría que ha presentado un episodio inicial y dos reingresos:

1º. 10 al 14 de julio (episodio inicial).

2ª. 19 al 31 de julio (1er reingreso a los 5 días del anterior episodio).

3º. 7 al 10 de agosto (2º reingreso a los 7 días del episodio anterior).

Para intentar establecer que cada uno de estos reingresos se deba al mismo proceso o a un proceso relacionado con el episodio anterior se seleccionan solamente los casos que cumplen estas características:

Que el tipo de ingreso del episodio de reingreso sea urgente.

Que el período de tiempo transcurrido entre el reingreso y el episodio previo sea inferior a 30 días.

Que la Categoría Diagnóstica Mayor del Reingreso sea igual a la del episodio previo, es decir que sea el mismo sistema orgánico el afectado o idéntica la etiología de la enfermedad.

Los reingresos con estas características se cuantifican en tres períodos de tiempo, de 0 a 2 días, de 3 a 7 días y de 8 a 30 días.

Periodo de estudio: enero-septiembre 2001
De 0-2 días: 1.76%
De 3-7 días: 3.31%
De 8-30 días: 6.45%
Entre 0 y 30 días el 11,52%
El porcentaje se refiere a reingresos sin especificar la categoría diagnóstica mayor.
Los reingresos urgentes con la misma categoría diagnóstica mayor (CDM) son:
De menos de 1 día: 0.09%
Entre 0 y 30 días el 5.53%

M7. Estancias prequirúrgicas. Estancia media preoperatoria de las altas (totales y sólo programadas) con GRD quirúrgico que tienen cumplimentado el campo fecha de la intervención y que esta se encuentra comprendida dentro del episodio clínico.

Periodo de estudio: enero-septiembre 2001

Estancia media preoperatoria total = 1.72 días
Estancia media preoperatoria programada = 1.07 días

M8. Ingresos tras cirugía mayor ambulatoria.

Periodo de estudio: enero-septiembre 2001

587 ingresos de CMA*100/6836 de actuaciones quirúrgicas de CMA=8,59

3.2. Indicadores obtenidos a partir de estudios específicos en los hospitales.

M9. Tasa de retorno a urgencias a las 72 horas.

Mide la cantidad de pacientes que tras ser atendidos en el servicio de urgencias hospitalarias y ser dados de alta, regresa al mismo en las 72 horas siguientes (3 días) por cualquier causa. Indirectamente da una medida de la calidad técnica de las soluciones dadas por el servicio de urgencias del hospital. Si bien, en sentido estricto deberían tenerse en cuenta

únicamente los que vuelven por el mismo motivo, resulta muy difícil, cuando no imposible, considerar si es o no el mismo motivo el que le hace retornar. En este sentido, una complicación o un síntoma nuevo sobrevenido en el curso de un problema no bien resuelto podrían falsear la bondad del dato. Por este motivo es preferible incluir los retornos por cualquier causa, dado que el sesgo introducido es menor y menos relevante.

Tiene el hospital informatizados los registros en urgencias
X Sí
No

Periodo de tiempo estudiado
1-15 de diciembre
Resultado
Nº 23,33 x 100 = ...2,49.....%
N 936.18

M 10. Sistema de vigilancia de las úlceras por presión.

El estudio EPINE es realizado en estos momentos por la gran mayoría de los hospitales del INSALUD. Por ello se solicita la prevalencia de pacientes con úlceras por presión, obtenido por el EPINE ya que es un factor de riesgo de la infección nosocomial. Este dato, al ser recogido con una metodología similar, puede ser comparado; aunque en realidad, está midiendo la prevalencia de pacientes ulcerados, y no la aparición de úlceras durante el ingreso hospitalario.

Además, el hospital debe tener un sistema de vigilancia de las úlceras de acuerdo a sus características. De esta forma, centrará la vigilancia sobre los pacientes o áreas que crea conveniente, para que el esfuerzo realizado se derive en el máximo beneficio para los pacientes. Los indicadores obtenidos pueden ser comparables cuando se mide en pacientes de las mismas características, con metodología similar.
Fórmula del indicador (*Epine)*
Número de pacientes con úlceras de decúbito
Número de total de pacientes estudiados (EPINE)

Resultado
Nº **12** x 100 = ..**3,70**.....%
Nº **324**

M 11. Tasa de prevalencia de la infección nosocomial.

Fórmula del indicador:
Número de casos de infección nosocomial en un día determinadox100
Número total de pacientes estudiados en ese día

Resultado

Nº **17** x 100 = ...**5,25**.....%
Nº **324**

M 12. Tasa de prevalencia de la infección de herida quirúrgica.

Fórmula del indicador:
Número de infecciones de herida quirúrgica en pacientes intervenidosx100
Número de enfermos intervenidos

Resultado

Nº **1** x 100 = ...**1,13**.....%

Nº **88**

M 13. Tasa de prevalencia de la infección urinaria en pacientes sondados.

Fórmula del indicador

Número de infecciones urinarias en pacientes sondadosx100

Número de pacientes sondados

Resultado

Nº **2** x 100 = ...**3,77**.....%

Nº **53**

Recordamos que se trata del grupo de pacientes sondados, exclusivamente (no confundir con la tasa de prevalencia de infección urinaria general).

M 14. Incidencia acumulada de infección de herida quirúrgica en procedimiento/s quirúrgico/s.

Fórmula del indicador

Número de infecciones de herida quirúrgica en determinado procedimientox100

Número de pacientes intervenidos por dicho procedimiento

A continuación se piden una serie de tasas de infección por procedimiento quirúrgico o por tipo de cirugía. Los hospitales deben enviar los datos que su sistema de vigilancia les ha permitido obtener, para los procedimientos o procedimientos quirúrgicos previamente definidos por el centro en función de sus necesidades.

Lógicamente, aquellos hospitales que han pactado y alcanzado un nivel de vigilancia en el que está incluido un estudio de incidencia, deben ser capaces de responder a alguno de los datos que se piden a continuación. Además es muy importante que hayan especificado en el objetivo del Plan de Calidad Común, si el sistema de vigilancia es activo o pasivo, ya que las tasas pueden cambiar en función del método utilizado.

Procedimiento Quirúrgico Estudiado	Periodo de estudio	Resultado global sin estratificar. Numerador / Denominador %	Resultado estratificado %
Colectomía	Enero – octubre 2001	8 / 57 = 14.03%	ASA 1: ½=50% ASA 2: 5/25=20% ASA 3: 2/29=6,8% ASA 4: 0/1=0 ASA 5
Mastectomía	Enero – octubre 2001	1 / 45 = 2,2%	ASA 1: 0/13=0 ASA 2: 0/25=0 ASA 3: 1/5=20% ASA 4:0/2=0 ASA 5

Si no se ha realizado el estudio por procedimiento quirúrgico, sino por tipo de cirugía, indicar:

	Periodo de estudio	Resultado global sin estratificar. Numerador / Denominador %	Resultado estratificado %
Limpia	Enero – octubre 2001	6 / 564 = 1,06%	ASA 1: 0/74=0 ASA 2: 1/228=0,4% ASA 3: 1/5=20% ASA 4: 2/31=6,4% ASA 5
Limpia contaminada	Enero – octubre 2001	19 / 283 = 6,71%	ASA 1: 3/58=5.1% ASA 2: 11/142=7.7% ASA 3: 5/77=6.5% ASA 4: 0/6=0 ASA 5
Contaminada	Enero – octubre 2001	17 / 187 = 9.09%	ASA 1: ¼=25% ASA 2: 10/111=9.01% ASA 3: 4/61=6.5% ASA 4: 2/3=66% ASA 5
Sucia	Enero – octubre 2001	10 / 61 = 16.4%	ASA 1: ¼=25% ASA 2: 1/19=5.2% ASA 3: 8/35=22.8% ASA 4: 0/3=0 ASA 5

M 15. Densidad de incidencia de infección respiratoria asociada a ventilación mecánica (UCI).

Los hospitales deben de tener un sistema de vigilancia de la infección nosocomial de acuerdo a sus características. Dicho sistema proporciona una serie de medidas de la ocurrencia de infección nosocomial, que permiten al hospital detectar brotes, conocer su evolución en el tiempo, y comparar sus tasas con hospitales de complejidad similar.

Los criterios utilizados para definir infección respiratoria:

Infección respiratoria:

- Neumonía asociada a la ventilación mecánica.
-Traqueobronquitis asociada a la ventilación mecánica.

Criterio de Infección Respiratoria
Sintomatología clínica + hallazgos radiológicos compatibles
Cavitación de un infiltrado radiológico previo
Cultivo + en líquido pleural concordante con broncoaspirado simple
Hemocultivo + concordante con broncoaspirado simple
Broncoaspirado simple
Broncoaspirado cuantitativo (< 10^5. de 10^5 a 10^6. > 10^6 UFC)
Broncoaspirado con catéter telescopado (< 10^3. de 10^3 a 10^4. > 10^4 UFC)
Lavado bronco alveolar (< 10^4. de 10^4 a 10^5. > 10^5 UFC)
Hallazgos positivos en estudio anatomopatológico
Patógeno primario (Legionella o Micobacteria)
Serología positiva

Fórmula del indicador

Número de infecciones respiratorias en pacientes con ventilación mecánica x 1000
Días totales de ventilación mecánica

Resultado

Nº 24 x 1000 = ...18,97/1000
Nº 1265

Fórmula del indicador

Número de neumonías en pacientes con ventilación mecánica x 1000
Días totales de ventilación mecánica

Resultado

Nº 3 x 1000 = ...2,37/1000
Nº 1265

Valor global = 27 * 1000 / 1265 = 21.34 infecciones respiratorias asociadas a ventilación mecánica.

Periodo estudiado...enero-octubre 2001.....

M 16. Porcentaje de estancias no adecuadas (AEP) en un proceso frecuente con estancia superior a la media.

Una de las características que debe tener una asistencia de calidad es la adecuación. La asistencia sanitaria debe ser apropiada a las necesidades, los recursos, y el conocimiento científico. La prolongación innecesaria de la estancia hospitalaria aumenta el riesgo de eventos adversos, como la infección nosocomial. La reducción del uso innecesario produce una disminución de los tiempos diagnósticos que puede reducir demoras en el tratamiento y mejorar el pronóstico o la atención a los pacientes. La información sobre el uso innecesario a clínicos y gestores se ha mostrado eficaz para reducir el uso innecesario.

El AEP es un protocolo con un conjunto de criterios objetivos e independientes del diagnóstico, destinado a la identificación de admisiones y estancias inapropiadas en pacientes adultos. Trata de identificar las causas, como problemas de organización hospitalaria, pautas de hospitalización conservadoras, falta de recursos asistenciales extrahospitalarios, etc. Este protocolo no evalúa la atención médica que recibe el paciente, sino el nivel asistencial donde esta se presta. Asume que los cuidados que recibe el paciente son adecuados desde el punto de vista clínico. Por lo tanto, existiría una proporción superior de utilización inadecuada no detectada con este instrumento.

El indicador propuesto se mide con este protocolo. Se debe aplicar en el GDR con EM más desviada de la media respecto a su grupo. Puede darse el caso de que dicho GDR sea muy poco importante en cuanto a número de pacientes. En tal caso, se seleccionará el siguiente GDR, hasta estudiar alguno con un número importante de pacientes, ya que de esta forma, las medidas correctoras tendrán más impacto.

Es importante insistir en que **es imprescindible utilizar la herramienta (el AEP) para obtener el resultado de este indicador. No es posible obtenerlo si no se utiliza aquella. Si no disponeis del protocolo AEP, por favor poneos en contacto con la unidad de calidad de la SGAE.**

BIBLIOGRAFÍA:

-Saturno Hernández PJ, García Hernández L. Evaluación del uso adecuado de la hospitalización; resultados de la aplicación del AEP en un hospital general universitario. I Congreso Nacional y VII Internacional de Higiene y Medicina Preventiva Hospitalarias. Santiago de Compostela, 22-25 de septiembre de 1993.

-Restuccia JD, Payne SMC, Lenhart G, Constantine HP, Fulton JP. Assesing the appropriateness of hospital utilization to improve efficiency and competitive position. Health Care Manage Rev; 1987; 12(3):17-27.
-Lorenzo S. Revisión de la utilización de recursos. Estudios realizados en España. Rev calidad asistencial 1997;12:122-136.
-Tejedor Muñoz J, Moro Aguado J, Zancajo Castañares JL, González Pastrana MJ. Identificación de la estancia apropiada en cuatro GRD quirúrgicos como aportaciones al ciclo de mejora de la calidad. Rev Calidad Aistencial 1999;14:767-772.

Periodo estudiado

NO SE EVALÚA.

M17. Porcentaje de suspensiones quirúrgicas.

Es el porcentaje de intervenciones programadas a realizar con ingreso que son anuladas con posterioridad a su inclusión en parte quirúrgico por cualquier causa, independientemente de que sean sustituidas o no.

Es un cálculo informático sobre la base de datos hospitalaria que registra las intervenciones quirúrgicas programadas. Es importante conocer las causas de las suspensiones para implantar acciones de mejora; por lo tanto se debe establecer un sistema de registro de las causas.

Fórmula del indicador

$$\frac{\text{Nº de intervenciones programadas suspendidas x 100}}{\text{Nº de intervenciones programadas}}$$

Periodo de estudio

Enero-octubre 2001.....

$$\frac{\text{Nº } 985 \times 100}{\text{Nº } 12210} = \text{.....8,06.....\%}$$

Señalar la causa más frecuente:

CAUSA DE SUSPENSIÓN	
Motivo clínico (desaparece indicación, contraindicación quirúrgica, complicación clínica, etc.)	
Paciente (renuncia, no se presenta, etc.)	
Modificación de la la programación en el mismo día por causa imprevista (prolongación intervenciones previas, cirugía urgente)	
Técnica-administrativa (cambio de programación, falta de camas, problemas técnicos, averías, etc.)	
Falta por completar el estudio preoperatorio	
Varios, desconocida	

M 18. Porcentaje de suspensión/reprogramación de consultas externas.

La actividad desarrollada en consultas externas, surgida como apoyo a la de hospitalización, ha ocupado tradicionalmente un papel secundario frente a ésta. El mayor consumo de recursos de la hospitalización y la atención a casos más complejos de las diferentes

especialidades médicas en esta modalidad asistencial, justifica un mayor interés por esta área de gestores y profesionales sanitarios.

En los últimos años, sin embargo, la conjunción de una serie de factores ha modificado este comportamiento promoviendo que las consultas externas cobren un mayor protagonismo. Entre estos factores cabe destacar la tendencia a la atención ambulatoria de los procesos en detrimento de la hospitalización; incremento de la actividad en consultas, como consecuencia lo anterior y del aumento de la demanda; demoras excesivas en consultas externas, con lo que ello supone de pérdida de calidad de la asistencia; deficiencias en la gestión de la actividad de consulta externa que genera insatisfacción en pacientes y profesionales.

El año pasado se incluyó un indicador que medía el porcentaje de suspensión de consultas, pero este indicador no fue definido de forma precisa y por tanto, fue medido de forma heterogénea. El indicador a monitorizar este año se adaptará al contenido y definiciones de la Guía de Gestión de Consultas Externas.

Según aquella, es el cambio de fecha de la consulta, la suspensión o anulación es la cancelación de la cita. La reprogramación que comprende desprogramación, asignación de la nueva fecha de cita y comunicación de ésta al paciente.

El sistema de información necesario para la gestión de las CCEE y obtención automática de indicadores aún no se ha implantado en todos los hospitales, por lo que la obtención de información sobre estos aspectos deberá llevarse a cabo a través de estudios específicos prospectivos algunos los hospitales.

Fórmula del indicador

M18a:

Nº de citas anuladas= 4214 x 100 = 4214 x 100 = 3.18%

Nº de citas programadas 132374

M18b:

Nº de citas reprogramadas x 100= 10214 x 100 = 7.71%

Nº de citas programadas 132374

Periodo de estudio: durante un mes.

Especialidades a evaluar: aquellas recogidas como de libre elección en el Real Decreto 8/1996 de 15 de Enero: Cardiología, Cirugía General y del aparato Digestivo, Dermatología Médico-Quirúrgica y Veneorología, Aparato Digestivo, Endocrinología y Nutrición, Neumología, Neurología, Obstetricia y Ginecología, Oftalmología, ORL, Traumatología y Cirugía ortopédica, y Urología.

Periodo de estudio: enero-noviembre 2001

**Referir las causas más frecuentes de reprogramación:

1.- Solicitud del paciente.
2.- Solicitud del médico.
3.- Bloqueo del dietario.
4.- Causa administrativa.

M 19. Tiempo de permanencia en los Servicios de Urgencias.

PEDIR A URGENCIAS SUS ESTUDIOS

Los Servicios de Urgencia Hospitalarios (SHU) son el primer contacto con el hospital para muchos ciudadanos. La imagen del centro está muy mediatizada por la de su Servicio de

Urgencias. El tiempo en ser atendido es la causa del 20% de las quejas producidas en estos servicios. El tiempo de permanencia de los pacientes puede ser utilizado como indicador de calidad en la evaluación de los SHU.

Una característica fundamental de la atención urgente es la rapidez. El paciente en urgencias debe ser atendido sin grandes dilaciones con el objetivo de identificar en poco tiempo su problema, y buscarle la solución más adecuada en el contexto real en que se presenta. Un tiempo de estancia prolongado puede significar que existen déficits de coordinación, circuitos inadecuados, servicios de soporte insuficientes, etc.

M 19a. Porcentaje de pacientes que permanecen más de 3 horas en el Servicio de Urgencias.

X Se ha obtenido del sistema de información de urgencias.
Se ha realizado un estudio específico
Se han detectado las causas

Periodo de estudio
.1 de enero- 30 de noviembre.....

Resultado

$$\frac{\text{Nº } 47858}{\text{Nº } 109887} \times 100 = 43{,}55\ \%$$

Acciones de mejora: Creación de la Unidad de Consulta Rápida.

M 19b. Porcentaje de pacientes que permanecen más de 6 horas en el Servicio de Urgencias.

Periodo de estudio
1 de enero- 30 de noviembre.....

Resultado

$$\frac{\text{Nº } 12922}{\text{Nº } 109887} \times 100 = 11{,}75\ \%$$

Acciones de mejora: Creación de la Unidad de Consulta Rápida.

M 20. Porcentaje de pacientes menores de 60 años ASA 1 a quienes se realiza RX de tórax en el estudio preoperatorio.

La radiografía de tórax continúa siendo ampliamente utilizada en el estudio preoperatorio para el despistaje de patología pulmonar a pesar del alto coste y bajo rendimiento demostrado y el carácter acumulativo de las radiaciones.

Según el grupo de expertos que elaboraron el informe enviado a todos los hospitales “Evaluación preoperatoria del paciente sano asintomático”, realizado por la Agencia de Evaluación Vasca y de

otras agencias, no existe evidencia científica documentada de que la radiografía de tórax tenga un efecto favorable en la disminución del riesgo perioperatorio. En el paciente sano menor de 60 años no debe solicitarse radiografía de tórax de rutina.

Nº pacientes < 60 ASA 1 que tiene RX tórax en el estudio preoperatorio X 100
Nº pacientes < 60 ASA 1 con estudio preoperatorio estudiados

Resultado

Periodo de estudio
17-21 diciembre 2001

Nº 15 x 100 = ...33,3.....%
Nº 45

Acciones de mejora: Análisis del indicador.

M 21. Adecuación de la utilización de vías venosas en urgencias.

El objetivo de esta monitorización es determinar la adecuación de los accesos venosos en los servicios de urgencias hospitalarios (S.U.H.). Un reciente estudio en España señala que una parte importante de los accesos venosos practicados en los servicios de urgencia son innecesarios, generando riesgos yatrogénicos, carga de trabajo y coste económico. Es un aspecto novedoso, poco estudiado en nuestro país, y susceptible de ser evaluado y mejorado.

La metodología propuesta consiste en la realización de un estudio prospectivo o retrospectivo (dependiendo de las caracteristicas específicas del servicio de urgencias de cada hospital y de su sistema de registro).

La población de estudio sería conveniente escogerla en los meses de Mayo u Octubre evitando de esta forma la estacionalidad que provocaría un sesgo en los resultados. Se realizará un muestreo aleatorio simple en el área de urgencias correspondiente a Medicina Interna (según la tabla aportada para el cálculo del tamaño muestral para estudios de historias clínicas).

Criterios de adecuación: han de presentarse al menos uno de ellos para considerar que el acceso venoso es adecuado.

1.- Paciente sometido a TTº intravenoso en el S.U.H.
2.- Paciente ingresado en hospitalización tras recibir la atención en el S.U.H.
3.- Paciente al que se le ha practicado más de dos extracciones sanguíneas secuenciadas durante su permanencia en el S.U.H.

¿El servicio de urgencias de su hospital está distribuido en áreas?

si **X** no ☐

Describa las áreas de su Servicio de Urgencias:
Clasificación, consulta rápida, traumatología, M Interna-especialidades y observación.

Fórmula del indicador

Nº pacientes que cumplen criterios de adecuación de acceso venoso
Nº total de pacientes con acceso venoso

Resultado

Periodo de estudio: 14 de octubre y 6 de diciembre.

Nº total de pacientes atendidos en el área de Medicina Interna del S.U.H. 276

Nº de pacientes con acceso venoso 105

Nº de pacientes estudiado 105.

$$\frac{\text{Nº } 97}{\text{Nº } 105} \times 100 = 92{,}38\ \%$$

Acciones de mejora: Evaluación del parámetro en el Servicio de Urgencias

M 22. Calidad de investigación y docencia. Número de sesiones generales del hospital.

Las funciones investigadora y docente son parte de las actividades realizadas por un hospital, junto a las puramente asistenciales. Por ello, es conveniente que también sean monitorizadas desde el Plan de Calidad.

Indicador

Nº sesiones generales del hospital durante el año

Resultado

Nº sesiones …**26**…….

Anexo: sesiones celebradas en el CHA

1. Bacteriemia en el HGA. Estudio de los factores de riesgo y mortalidad.
2. Infiltrados pulmonares en neoplasia tratada.
3. Gestante con hipertensión arterial.
4. Deterioro mental progresivo en un varón de 42 años.
5. Demencia rápidamente progresiva en varón de 75 años.
6. Análogos de insulina.
7. Ganglio centinela en melanoma.
8. Varón con vómitos y neumoperitoneo.
9. Insuficiencia mitral de origen isquémico.
10. Mujer de 77 años con obstrucción ureteral derecha.
11. Mujer de 21 años con hemoptisis y antecedentes de dos neumonías en LII.
12. Anticuerpos monoclonales: ¿Qué son?, ¿Cómo se hacen? Y su utilidad clínica.
13. Autoinmunidad. Otros patrones de fluorescencia en Hep-2.
14. Técnicas de reemplazo renal continua.
15. Paciente de 58 años con fiebre, infiltrado pulmonar e hipercalcemia.
16. Neurotoxicidad inducida por opioides.
17. Talla corta.
18. Errores de medicación en el Hospital. Causas y consecuencias.
19. Reunión del Servicio de Medicina Interna.
20. Osteoporosis postmenopaúsica: aspectos diagnósticos, resultados de un estudio poblacional.
21. Dermatomiositis. Manejo actual.
22. Insuficiencia renal aguda y masa pulmonar.
23. Mujer de 77 años con fiebre y hemorragia digestiva.
24. Varón de 73 años con deterioro funcional severo de un mes de evolución.
25. Diagnóstico en la enfermedad por reflujo gastroesofágico.
26. Mujer de 75 años con artritis reumatoide, pancitopenia e infiltrado pulmonar bilateral.

M23. Número total de principios activos que conforman en la Guía Farmacoterapéutica.

Actualmente se incorpora rápidamente al mercado un número elevado de medicamentos con características e indicaciones clínicas similares. Muchos de ellos son derivados de la molécula original, con pequeñas diferencias estructurales, con ventajas farmacoterapéuticas potenciales y poco documentadas y un perfil económico desfavorable frente a fármacos de seguridad y eficacia contrastadas. Se medirá el número total de principios activos que conforman la guía del hospital, siguiendo la codificación de principios activos del Nomenclator Oficial del INSALUD.

Indicador
Nº total de principios activos que conforman la Guía Farmacoterapéutica.

Resultado
Nº de principios activos 509.

Acciones de mejora: Adaptación de la guía farmacoterapeútica al área de salud.

M 24. Porcentaje de prescripciones a través de receta de principios activos incluido en la guía farmacoterapéutica.

Este objetivo profundiza en la línea de trabajo orientada a adaptar la guía farmacoterapéutica a la actividad asistencial de hospital orientada cada vez más a los procedimientos que se realizan de forma ambulatoria.

Fórmula del indicador

$$\frac{\text{Nº prescripciones a través de receta de principios activos incluido en la Guía Farmacoterapéutica X 100}}{\text{Nº total de prescripciones a través de receta}}$$

Periodo: enero-septiembre 2001

Resultado

$$\frac{\text{Nº } 74.896}{\text{Nº } 116.602} \times 100 = 64{,}23\ \%$$

Acciones de mejora: Informatización de la recogida de datos y análisis periódico…

M 25. Porcentaje de coste farmacoterapéutico asignado a paciente sobre el coste total en medicamentos del hospital (excluyendo los derivados de la prescripcion a través de receta).

**Se utilizarán como fuente los datos de Contabilidad Analítica.

Fórmula del indicador

$$\frac{\text{Coste total (ptas) asignado directamente a pacientes X 100}}{\text{Coste total (ptas)}}$$

Resultado

$$\frac{\text{Nº } 306.529.896}{\text{Nº } 1.560.396.094} \times 100 = 19{,}64\%$$

Acciones de mejora: Implantación progresiva de la unidosis a toda el área quirúrgica.

3. OBJETIVOS DE CALIDAD POR SERVICIO AÑO 2000

3.1 ÁREA MÉDICA:

CARDIOLOGÍA	
I. INDICADORES CALIDAD ASISTENCIALES	2001
Estancia media (Altas codificadas 100%)	8,34
Estancia media (Ingresos totales)	6,97
IEMA (<1 mejor funcionamiento)	1,0984
Casuística (>1 más compleja)	1,015
% de GRDs inespecíficos	0,09
% de pacientes que ha recibido todas las primeras recetas al alta o C Externas	100
Prevalencia de infección nosocomial	12,00
Tasa de mortalidad	2,51
Tasa de necropsias	0,00
% de HC de exitus con informe de alta definitivo disponible a los 2 meses	100,00
% de reingresos <3 días	1,07
% de reingresos urgentes de la misma Categoría Diagnóstica Mayor (<1 día)	0,00
% Anulaciones 1ª cita en consultas externas	1,45
% Reprogramación en consultas externas	4,49
Plan documentado de información a familiares	No
Plan de Acogida al paciente y familiares del servicio	No
Plan de Acogida del personal de nueva incorporación.	No
Consentimientos informados debidamente cumplimentados	Si
Nª de reclamaciones al servicio	45
Nº de reclamaciones contestadas antes de 30 días	28
Protocolo de úlceras por presión	Si
Protocolos sondaje vesical	Si
Protocolo de Vías Periféricas	Si
Registro de caidas y riesgo	0,00
% de pacientes con el Alta de Enfermería	0,90
II. INDICADORES CALIDAD DOCENCIA/FORMACIÓN/INVESTIGACIÓN	
III. INDICADORES GESTIÓN DE LA CALIDAD	
1. Existe un agente de calidad del servicio.	Si
2. Compromiso de conocimiento y colaboración con el Plan de Calidad del hospital	Si
3. Elaboración del Plan de calidad del Servicio	Si
4. Elaboración de la Memoria de calidad del Servicio	Si

DERMATOLOGÍA	
I. INDICADORES CALIDAD ASISTENCIALES	2.001
Estancia media (Altas codificadas 100%)(n=3)	2,33
Estancia media (Ingresos totales)	2,33
IEMA (<1 mejor funcionamiento)	1,0000
Casuística (>1 más compleja)	1,0000
% de GRDs inespecíficos	0,00
% de pacientes que ha recibido todas las primeras recetas al alta o C externas	100,00
Prevalencia de infección nosocomial	0,00
Tasa de mortalidad	0,00
Tasa de necropsias	0,00
% de reingresos <3 días	0,00
% de reingresos urgentes de la misma Categoría Diagnóstica Mayor (<1 día)	0,00
% suspensiones quirúrgicas programadas con hospitalización	0,00
% suspensiones quirúrgicas programadas ambulantes	10,45
% Anulaciones 1ª cita en consultas externas	3.27
% Reprogramación en consultas externas	16,64
Plan documentado de información a familiares	No
Plan de Acogida al paciente y familiares del servicio	No
Plan de Acogida del personal de nueva incorporación.	No
Consentimientos informados debidamente cumplimentados	Si
Nª de reclamaciones al servicio	7
Nº de reclamaciones contestadas antes de 30 días	3
Protocolo de úlceras por presión	Si
Protocolos sondaje vesical	Si
Protocolo de Vías Periféricas	Si
Registro de caidas y riesgo	Si
% de pacientes con el Alta de Enfermería	0,00
II. INDICADORES CALIDAD DOCENCIA/FORMACIÓN/INVESTIGACIÓN	
III. INDICADORES GESTIÓN DE LA CALIDAD	
1. Existe un agente de calidad del servicio.	Si
2. Compromiso de conocimiento y colaboración con el Plan de Calidad del hospital	Si
3. Elaboración del Plan de calidad del Servicio	No
4. Elaboración de la Memoria de Calidad del Servicio	Si

APARATO DIGESTIVO	
I. INDICADORES CALIDAD ASISTENCIALES	2001
Estancia media (Altas codificadas 100%)	8,12
Estancia media (Ingresos totales)	8,09
IEMA (<1 mejor funcionamiento)	0,935
Casuística (>1 más compleja)	0,9563
% de GRDs inespecíficos	0,27
% de pacientes que ha recibido todas las primeras recetas al alta o consultas externas	100
Prevalencia de infección nosocomial	0,00
Tasa de mortalidad	2,73
Tasa de necropsias	4,35
% de HC de exitus con informe de alta definitivo disponible a los 2 meses	100,00
% de reingresos <3 días	0,66
% de reingresos urgentes de la misma Categoría Diagnóstica Mayor (<1 día)	0,00
% Anulaciones 1ª cita en consultas externas	2,42
% Reprogramación en consultas externas	5,66
Plan documentado de información a familiares	No
Plan de Acogida al paciente y familiares del servicio	No
Plan de Acogida del personal de nueva incorporación.	No
Consentimientos informados debidamente cumplimentados	Si
Nª de reclamaciones al servicio	17
Nº de reclamaciones contestadas antes de 30 días	17
Protocolo de úlceras por presión	Si
Protocolos sondaje vesical	Si
Protocolo de Vías Periféricas	Si
Registro de caidas y riesgo	0,18
% de pacientes con el Alta de Enfermería	2,28
II. INDICADORES CALIDAD DOCENCIA/FORMACIÓN/INVESTIGACIÓN	
III. INDICADORES GESTIÓN DE LA CALIDAD	
1. Existe un agente de calidad del servicio.	Si
2. Compromiso de conocimiento y colaboración con el Plan de Calidad del hospital	Si
3. Elaboración del Plan de calidad del Servicio	No
4. Elaboración de la Memoria de Calidad del Servicio	Si

SERVICIO DE DIGESTIVO: CARTERA SERVICIOS: MODIFICACIONES

1. -Ampliación Consultas Monográficas:
    a. Actuales:
        1. Enfermedad Inflamatoria Intestinal.
        2. Tratamiento de Hepatitis crónica B y, C.
        3. Hemocromatosis.
        4. Enfermedad Celiaca.
    b. A Implantar:

1. Hepatopatía crónica con complicaciones.
2. Hepatopatías específicas: C.B.P. Enf Wilson, Autoinmune, P.C.T., déficit Alfa-1 AT.
3. Acalasia.
4. Estenosis Esofágicas en programas de Dilatación.
5. Patología Bilio-Pancreática.
6. Poliposis Familiar Colon.

2. Creación de Consulta de Diagnóstico rápido y ampliación de Consulta en Almansa (Actualmente abierta Consulta de M.Interna en Almansa atendiendo patología Digestiva). *Con ampliación de Plantilla.*
3. Colaboración de Anestesista (no quirófano) en Sala de Rx para CPRE y de Endoscopias, para Colonoscopias y terapeútica diversa con la dotación y instrumental que considere precisa el Servicio de Anestesia.
4. Colocación de Prótesis Digestivas Autoexpandibles.
5. Nuevas Técnicas Diagnosticas: con *periodo de aprendizaje, inversión de material y ampliación plantilla.*
6. Unidad de Manometría Digestiva: incorporando la Esofágica: que se podría compartir con Manometría de Colon por parte de Servicio de Cirugía y Pediatría.
7. Ecoendoscopia: para estadiaje de tumores digestivos. De gran utilidad para Servicios de Cirugía y Oncología

PATOLOGÍAS IMPLANTADAS COMO GESTIÓN CLÍNICA por procesos con sus planes de cuidados.

-Hemorragia Digestiva Alta por patología péptica Sin complicaciones: A desarrollar durante P Semestre-02 e implantar último trimestre de año.

TIEMPO DE RESPUESTA A DEMANDA DE URGENCIAS

-Monitorizar

-Llamada por parte de Adjunto de Urgencias

PRESCRIPCIÓN FARMACÉUTICA

- Disminuir el % de Principios Activos tipo C: intentar
- Adhesión a Guía Farmaceútica: siempre que sea posible
- Envases EFG: aumentar

OTROS: poco poder de intervención por nuestra parte

-Registro de Información que se facilita y a quien:

No hay en la actualidad Sala de Información.

-Sistema de Atención escrito en C. Externas

-Sistema de Custodia y Confidencialidad de la Historia Clínica

-Organización de la Historia Clínica

MODULACIÓN DEMANDA A PRIMARIA

-Hechos protocolos conjuntos de acceso a Endoscopias y seguimiento de Ulcera Duodenal

Fdo. Dña.- Pilar Páez Lluna. Supervisora de 3aplanta

Dr. Pérez Flores. Jefe de Servicio

ENDOCRINOLOGÍA	
I. INDICADORES CALIDAD ASISTENCIALES	2.001
Estancia media (Altas codificadas 100%)(n=15)	4,87
Estancia media (Ingresos totales)	4,87
IEMA (<1 mejor funcionamiento)	0,7736
Casuística (>1 más compleja)	0,9982
% de GRDs inespecíficos	0,00
% de pacientes que ha recibido todas las primeras recetas al alta o Ctas externas	100,00
Prevalencia de infección nosocomial	0,00
Tasa de mortalidad	0,00
Tasa de necropsias	0,00
% de reingresos <3 días	0,00
% de reingresos urgentes de la misma Categoría Diagnóstica Mayor (<1 día)	0,00
% Anulaciones 1ª cita en consultas externas	2,58
% Reprogramación en consultas externas	12,52
Plan documentado de información a familiares	No
Plan de Acogida al paciente y familiares del servicio	No
Plan de Acogida del personal de nueva incorporación.	No
Consentimientos informados debidamente cumplimentados	Si
Nª de reclamaciones al servicio	15
Nº de reclamaciones contestadas antes de 30 días	4
Protocolo de úlceras por presión	Si
Protocolos sondaje vesical	Si
Protocolo de Vías Periféricas	Si
Registro de caidas y riesgo	0,00
% de pacientes con el Alta de Enfermería	0,00
II. INDICADORES CALIDAD DOCENCIA/FORMACIÓN/INVESTIGACIÓN	
Se realizan sesiones clínicas del servicio (nº)	
Se realizan sesiones clínicas con otros servicio (nº)	
Se realizan comunicaciones a congresos (nº)	
Se realizan artículos para ser publicados (nº)	
Existe tutores de formación médico/personal de enfermería	
Nº de Comisiones Clínicas en las que participa el servicio	
Nº de médicos/personal de enfermería que participan en las Comisiones Clínicas	
Nº de cursos de formación realizados	
Nº de proyectos de investigación o ensayos clínicos en los que participa el servicio	
III. INDICADORES GESTIÓN DE LA CALIDAD	
1. Existe un agente de calidad del servicio.	Si
2. Compromiso de conocimiento y colaboración con el Plan de Calidad del hospital	Si
3. Elaboración del Plan de calidad del Servicio	No
4. Elaboración de la Memoria de Calidad del Servicio	Si

ALERGIA	
I. INDICADORES CALIDAD ASISTENCIALES	2.001
% de pacientes que ha recibido todas las primeras recetas al alta o consultas externas	100,00
% Anulaciones 1ª cita en consultas externas	1,73
% Reprogramación en consultas externas	5,86
Plan documentado de información a familiares	No
Consentimientos informados debidamente cumplimentados	Si
Nª de reclamaciones al servicio	21,0
Nº de reclamaciones contestadas antes de 30 días	9,0
II. INDICADORES CALIDAD DOCENCIA/FORMACIÓN/INVESTIGACIÓN	
Se realizan sesiones clínicas del servicio (nº)	
Se realizan sesiones clínicas con otros servicio (nº)	
Se realizan comunicaciones a congresos (nº)	
Se realizan artículos para ser publicados (nº)	
Existe tutores de formación médico/personal de enfermería	
Nº de Comisiones Clínicas en las que participa el servicio	
Nº de médicos/personal de enfermería del servicio que participan en las Comisiones Clínicas	
Nº de cursos de formación realizados	
Nº de proyectos de investigación o ensayos clínicos en los que participa el servicio	
III. INDICADORES GESTIÓN DE LA CALIDAD	
1. Existe un agente de calidad del servicio.	Si
2. Compromiso de conocimiento y colaboración con el Plan de Calidad del hospital	Si
3. Elaboración del Plan de calidad del Servicio	No
4. Elaboración de la Memoria de Calidad del Servicio	Si

GERIATRIA	
I. INDICADORES CALIDAD ASISTENCIALES	2.001
Estancia media (Altas codificadas 100%)	7,34
Estancia media (Ingresos totales)	6,75
IEMA (<1 mejor funcionamiento)	0,7985
Casuística (>1 más compleja)	1,0379
% de GRDs inespecíficos	0,13
% de pacientes que ha recibido todas las 1ªs recetas al alta o consultas externas	100,00
Prevalencia de infección nosocomial	0,00
Tasa de mortalidad	11,79
Tasa de necropsias	1,83
% de HC de exitus con informe de alta definitivo disponible a los 2 meses	100,00
% de reingresos <3 días	1,00
% de reingresos urgentes de la misma Categoría Diagnóstica Mayor (<1 día)	0,00
% Anulaciones 1ª cita en consultas externas	13,59
% Reprogramación en consultas externas	6,79
Plan documentado de información a familiares	No
Plan de Acogida al paciente y familiares del servicio	No
Plan de Acogida del personal de nueva incorporación.	No
Consentimientos informados debidamente cumplimentados	Si
Nª de reclamaciones al servicio	7
Nº de reclamaciones contestadas antes de 30 días	3
Protocolo de úlceras por presión	Si
Protocolos sondaje vesical	Si
Protocolo de Vías Periféricas	Si
Registro de caidas y riesgo	0,08
% de pacientes con el Alta de Enfermería	8,04
II. INDICADORES CALIDAD DOCENCIA/FORMACIÓN/INVESTIGACIÓN	
III. INDICADORES GESTIÓN DE LA CALIDAD	
1. Existe un agente de calidad del servicio.	Si
2. Compromiso de conocimiento y colaboración con el Plan de Calidad del hospital	Si
3. Elaboración del Plan de calidad del Servicio	No
4. Elaboración de la Memoria de Calidad del Servicio	Si

HEMATOLOGÍA	
I. INDICADORES CALIDAD ASISTENCIALES	2001
Estancia media (Altas codificadas 100%)	11,94
Estancia media (Ingresos totales	10,85
IEMA (<1 mejor funcionamiento)	0,9579
Casuística (>1 más compleja)	1,0969
% de GRDs inespecíficos	0,4
% de pacientes que ha recibido todas las primeras recetas al alta o Ctas externas	100
Prevalencia de infección nosocomial	0,00
Tasa de mortalidad	6,96
Tasa de necropsias	5,26
% de HC de exitus con informe de alta definitivo disponible a los 2 meses	100
% de reingresos <3 días	0,65
% de reingresos urgentes de la misma Categoría Diagnóstica Mayor (<1 día)	0,00
% Anulaciones 1ª cita en consultas externas	3,53
% Reprogramación en consultas externas	9,71
Plan documentado de información a familiares	Si
Plan de Acogida al paciente y familiares del servicio	No
Plan de Acogida del personal de nueva incorporación.	No
Consentimientos informados debidamente cumplimentados	Si
Nª de reclamaciones al servicio	2
Nº de reclamaciones contestadas antes de 30 días	2
Protocolo de úlceras por presión	Si
Protocolos sondaje vesical	Si
Protocolo de Vías Periféricas	Si
Registro de caidas y riesgo	0,00
% de pacientes con el Alta de Enfermería	12,53
II. INDICADORES CALIDAD DOCENCIA/FORMACIÓN/INVESTIGACIÓN	
Se realizan sesiones clínicas del servicio (nº)	1/día
Se realizan sesiones clínicas con otros servicio (nº)	AP/Micro
Se realizan comunicaciones a congresos (nº)	Si
Se realizan artículos para ser publicados (nº)	Si
Existe tutores de formación médico/personal de enfermería	Si
Nº de Comisiones Clínicas en las que participa el servicio	6
Nº de médicos/personal de enfermería que participan en las Comisiones Clínicas	7
Nº de cursos de formación realizados	3
Nº de proyectos de investigación o ensayos clínicos en los que participa el servicio	0
III. INDICADORES GESTIÓN DE LA CALIDAD	
1. Existe un agente de calidad del servicio.	Si
2. Compromiso de conocimiento y colaboración con el Plan de Calidad del hospital	Si
3. Elaboración del Plan de calidad del Servicio	No
4. Elaboración de la Memoria de Calidad del Servicio	Si

MEDICINA INTERNA	
I. INDICADORES CALIDAD ASISTENCIALES	2001
Estancia media (Altas codificadas 100%)	10,32
Estancia media (Ingresos totales)	8,35
IEMA (<1 mejor funcionamiento)	1,022
Casuística (>1 más compleja)	1,0408
% de GRDs inespecíficos	0,44
% de pacientes que ha recibido todas las primeras recetas al alta o Ctas externas	100
Prevalencia de infección nosocomial	13,64
Tasa de mortalidad	5,62
Tasa de necropsias	1,08
% de HC de exitus con informe de alta definitivo disponible a los 2 meses	100
% de reingresos <3 días	0,68
% de reingresos urgentes de la misma Categoría Diagnóstica Mayor (<1 día)	0,04
% Anulaciones 1ª cita en consultas externas	2,64
% Reprogramación en consultas externas	7,18
Plan documentado de información a familiares	Si
Plan de Acogida al paciente y familiares del servicio	No
Plan de Acogida del personal de nueva incorporación.	No
Consentimientos informados debidamente cumplimentados	Si
Nª de reclamaciones al servicio	60
Nº de reclamaciones contestadas antes de 30 días	7
Protocolo de úlceras por presión	Si
Protocolos sondaje vesical	Si
Protocolo de Vías Periféricas	Si
Registro de caidas y riesgo	1.31
% de pacientes con el Alta de Enfermería	4,54
II. INDICADORES CALIDAD DOCENCIA/FORMACIÓN/INVESTIGACIÓN	
III. INDICADORES GESTIÓN DE LA CALIDAD	
1. Existe un agente de calidad del servicio.	Si
2. Compromiso de conocimiento y colaboración con el Plan de Calidad del hospital	Si
3. Elaboración del Plan de calidad del Servicio	No
4. Elaboración de la Memoria de Calidad del Servicio	Si

UNIDAD ENFERMEDADES INFECCIOSAS

I. INDICADORES CALIDAD ASISTENCIALES	2001
Estancia media (Ingresos totales)	8,09
% de pacientes que ha recibido todas las primeras recetas al alta o consultas externas	100,00
Prevalencia de infección nosocomial	0,00
Tasa de mortalidad	2,04
Tasa de necropsias	0,00
% de HC de exitus con informe de alta definitivo disponible a los 2 meses	100,00
Plan documentado de información a familiares	No
Plan de Acogida al paciente y familiares del servicio	No
Plan de Acogida del personal de nueva incorporación.	No
Consentimientos informados debidamente cumplimentados	Si
Nª de reclamaciones al servicio	0
Nº de reclamaciones contestadas antes de 30 días	0
Protocolo de úlceras por presión	si
Protocolos sondaje vesical	Si
Protocolo de Vías Periféricas	Si
Registro de caidas y riesgo	0,00
% de pacientes con el Alta de Enfermería	2,46
II. INDICADORES CALIDAD DOCENCIA/FORMACIÓN/INVESTIGACIÓN	
Se realizan sesiones clínicas del servicio (nº)	1/día
Se realizan sesiones clínicas con otros servicio (nº)	4/semana
Se realizan comunicaciones a congresos (nº)	7
Se realizan artículos para ser publicados (nº)	4
Existe tutores de formación médico/personal de enfermería	Si
Nº de Comisiones Clínicas en las que participa el servicio	2
Nº de médicos/personal de enfermería que participan en las Comisiones Clínicas	2
Nº de cursos de formación realizados	5
Nº de proyectos de investigación o ensayos clínicos en los que participa el servicio	5
III. INDICADORES GESTIÓN DE LA CALIDAD	
1. Existe un agente de calidad del servicio.	Si
2. Compromiso de conocimiento y colaboración con el Plan de Calidad del hospital	Si
3. Elaboración del Plan de calidad del Servicio	Si
4. Elaboración de la Memoria de Calidad del Servicio	Si

UNIDAD DE MEDICINA PALIATIVA	
I. INDICADORES CALIDAD ASISTENCIALES	2.001
Estancia media (Altas codificadas 100%)	9,47
Estancia media (Ingresos totales)	6,05
IEMA (<1 mejor funcionamiento)	0,81
Casuística (>1 más compleja)	1,04
% de GRDs inespecíficos	0,93
% de pacientes que ha recibido todas las primeras recetas al alta o consultas externas	100,00
Prevalencia de infección nosocomial	0,00
Tasa de mortalidad	27,67
Tasa de necropsias	0,00
% de HC de exitus con informe de alta definitivo disponible a los 2 meses de producido	100,00
% de reingresos <3 días	1,40
% de reingresos urgentes de la misma Categoría Diagnóstica Mayor (<1 día)	0,00
% Anulaciones 1ª cita en consultas externas	0,00
% Reprogramación en consultas externas	0,00
Plan documentado de información a familiares	Si
Plan de Acogida al paciente y familiares del servicio	No
Plan de Acogida del personal de nueva incorporación.	No
Consentimientos informados debidamente cumplimentados	Si
Nª de reclamaciones al servicio	0
Nº de reclamaciones contestadas antes de 30 días	0
Protocolo de úlceras por presión	Si
Protocolos sondaje vesical	Si
Protocolo de Vías Periféricas	Si
Registro de caidas y riesgo	0,00
% de pacientes con el Alta de Enfermería	51,37
II. INDICADORES CALIDAD DOCENCIA/FORMACIÓN/INVESTIGACIÓN	
Se realizan sesiones clínicas del servicio (nº)	Si
Se realizan sesiones clínicas con otros servicio (nº)	2
Se realizan comunicaciones a congresos (nº)	Si
Se realizan artículos para ser publicados (nº)	No
Existe tutores de formación médico/personal de enfermería	Si
Nº de Comisiones Clínicas en las que participa el servicio	2
Nº de médicos/personal de enfermería del servicio que participan en las Comisiones	2
Nº de cursos de formación realizados	4
Nº de proyectos de investigación o ensayos clínicos en los que participa el servicio	0
III. INDICADORES GESTIÓN DE LA CALIDAD	
1. Existe un agente de calidad del servicio.	Si
2. Compromiso de conocimiento y colaboración con el Plan de Calidad del hospital	Si
3. Elaboración del Plan de calidad del Servicio	Si
4. Elaboración de la Memoria de Calidad del Servicio	Si

UNIDAD DE MEDICINA PALIATIVA Dra. Beatriz Vila Meizoso

Actividades realizadas desde el 1 de enero de 2001 hasta el 30 de noviembre de 2001

TOTAL PACIENTES: 414

ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN:
Total ingresos: 287 Estancia media: 6,05 Exitus: 87 Necropsias: 0

ÁREA DE CONSULTA EXTERNA:
Pacientes nuevos: 240 Revisiones: 991 Total: 1231
Historia al cuidador primario: 100% 1ª visita

ÁREA DE DOMICILIO:
-Medio rural:
Vistos por 1ª vez en su domicilio: 62 Revisiones: 693 Total: 755
Historia al cuidador primario: 100% l' visita

-Área urbana:
Vistos por 1ª vez en su domicilio: 75 Revisiones: 1025 Total: 1100
Historia al cuidador primario: 100% 1ª visita

TELÉFONO:
Llamadas recibidas de pacientes y/o familiares: 1917
Llamadas realizadas a pacientes y/o familiares: 3923
Llamadas de médicos y/o enfermeras: 98
Llamadas realizadas a médicos y/o enfermeras: 596
Total llamadas: 6534

EXITUS EN DOMICILIO: 194
EXITUS EN NUESTRA PLANTA: 87
EXITUS EN OTRAS PLANTAS: 29
TOTAL EXITUS: 310

DUELO

Cartas de duelo enviadas: 114 Visitas de duelo (sólo por equipos domiciliarios): 39 (19 urbano y 20 rural). En el resto de los casos, se realiza una llamada a los familiares.

INTERCONSULTAS (de pacientes ingresados en los distintos Servicios del Hospital) **TOTAL 96**

En el Hospital General:
Oncología: 17 Digestivo: 7 ORL: 1 Hematología: 2
Cirugía: 2 Cirugía torácica: 0 Infecciosas: 1 Medicina Interna: 3
Ginecología: 0 Traumatología: 1 Neumología: 1 Urología: 11

En HNSPS:
Medicina Interna: 39 Neumología:2 Geriatría: 9

PACIENTES REMITIDOS A:
- RADIOTERAPIA: 11 RX INTERVENCIONISTA: 6
- HOSPITAL GREGORIO MARAÑÓN: 1 CATÉTER INTRATECAL: I

PACIENTES ATENDIDOS "FUERA' DEL HORARIO LABORAL: 3

INFORMES DE ALTA (médico y enfermera): 100% INFORMES DE EXITUS: 100%

ASISTENCIA:

COMITÉ TÉCNICO AECC

COMISIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS

PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLO DE ELIMINACIÓN Y ELABORACIÓN DEL INFORME DE ALTA DE ENFERMERÍA

ACTIVIDAD DOCENTE Y DE FORMACIÓN:

Asistencia a cursos y congresos:

- 111 Curso teórico-práctico de CP. Cáceres, 21-22 de marzo de 2001.
- V Jornadas Nacionales de CP. A Coruña, 22-23 de noviembre de 2001.
- Curso de Paliativos. AECC, Madrid, 29 de enero- 3 de febrero de 2001.
- Curso Counselling. Albacete, marzo de 2001.
- Bases para una comunicación eficaz. Albacete, octubre de 2001.
- Módulo de Manejo de opiáceos. Alicante, Universidad de San Juan, 27 de noviembre de 2001.

Cursos impartidos:

Utilización de la vía subcutánea. Madrid (AECC), enero de 2001.

Coordinación de los cursos de voluntariado. Albacete (AECC), 26 de marzo24 de mayo- 1 de junio- 26 de octubre de 200 1.

Sintomatología en enfermo terminal (voluntariado). Albacete (AECC), noviembre de 2001.

Ponencia en el 111 Congreso de la Sociedad Castellano-Manchega de Geriatría y Gerontología. Toledo, 18 de octubre de 2001.

Analgesia en CP. Albacete (Centros de Atención a la Salud): Zona IV (6 de noviembre), Zona 111 (12 de noviembre), Zona 11 (20 de noviembre), Zona VA y VB (30 de noviembre).

Comunicaciones a Congresos:

- Comunicación en las Jornadas de WyC de Castilla-La Mancha. Cuenca, mayo de 2001.
- Comunicación en el 111 Congreso de la Sociedad Castellano-Manchega de Geriatría y Gerontología. Toledo, octubre de 2001.
- Dos pósters en V Jornadas Nacionales de CP. A Coruña, noviembre de 2001

Médicos que rotaron por la Unidad:

- Tutores de Medicina Familiar y Comunitaria: 1
- MIR de Medicina Familiar y Comunitaria: 14
- MIR de Medicina Interna: 1
- MIR de Geriatría: 3

UNIDAD DE MEDIA/LARGA ESTANCIA	
I. INDICADORES CALIDAD ASISTENCIALES	2001
Estancia media (Ingresos totales)	18,57
Prevalencia de infección nosocomial	0,00
Tasa de mortalidad	13,64
Tasa de necropsias	0,00
% de HC deexitus con informe de alta definitivo disponible a los 2 meses de producido el exitus	100,00
Plan documentado de información a familiares	Si
Plan de Acogida al paciente y familiares del servicio	No
Plan de Acogida del personal de nueva incorporación.	No
Consentimientos informados debidamente cumplimentados	Si
Nª de reclamaciones al servicio	0
Nº de reclamaciones contestadas antes de 30 días	0
Protocolo de úlceras por presión	Si
Protocolos sondaje vesical	Si
Protocolo de Vías Periféricas	Si
Registro de caidas y riesgo	0,00
% de pacientes con el Alta de Enfermería	0,00
II. INDICADORES GESTIÓN DE LA CALIDAD	
1. Existe un agente de calidad del servicio.	Si
2. Compromiso de conocimiento y colaboración con el Plan de Calidad del hospital	Si
3. Elaboración del Plan de calidad del Servicio	No
4. Elaboración de la Memoria de Calidad del Servicio	Si

NEFROLOGÍA	
I. INDICADORES CALIDAD ASISTENCIALES	2001
Estancia media (Altas codificadas 100%)	9,54
Estancia media (Ingresos totales)	8,57
IEMA (<1 mejor funcionamiento)	0,7626
Casuística (>1 más compleja)	0,9981
% de GRDs inespecíficos	1,45
% de pacientes que ha recibido todas las primeras recetas al alta o consultas externas	100
Prevalencia de infección nosocomial	0
Tasa de mortalidad	1,89
Tasa de necropsias	11,11
% de HC de exitus con informe de alta definitivo disponible a los 2 meses de producido	100,00
% de reingresos <3 días	1,69
% de reingresos urgentes de la misma Categoría Diagnóstica Mayor (<1 día)	0,00
% Anulaciones 1ª cita en consultas externas	1,91
% Reprogramación en consultas externas	5,88
Plan documentado de información a familiares	No
Plan de Acogida al paciente y familiares del servicio	No
Plan de Acogida del personal de nueva incorporación.	No
Consentimientos informados debidamente cumplimentados	Si
Nª de reclamaciones al servicio	0
Nº de reclamaciones contestadas antes de 30 días	0
Protocolo de úlceras por presión	Si
Protocolos sondaje vesical	Si
Protocolo de Vías Periféricas	Si
Registro de caidas y riesgo	0,35
% de pacientes con el Alta de Enfermería	1,96
II. INDICADORES CALIDAD DOCENCIA/FORMACIÓN/INVESTIGACIÓN	
Se realizan sesiones clínicas del servicio (nº)	5
Se realizan sesiones clínicas con otros servicio (nº)	No
Se realizan comunicaciones a congresos (nº)	5
Se realizan artículos para ser publicados (nº)	0
Existe tutores de formación médico/personal de enfermería	Si
Nº de Comisiones Clínicas en las que participa el servicio	3
Nº de médicos/personal de enfermería del servicio que participan en las Comisiones Clínicas	2
Nº de cursos de formación realizados	0
Nº de proyectos de investigación o ensayos clínicos en los que participa el servicio	4
III. INDICADORES GESTIÓN DE LA CALIDAD	
1. Existe un agente de calidad del servicio.	Si
2. Compromiso de conocimiento y colaboración con el Plan de Calidad del hospital	Si
3. Elaboración del Plan de calidad del Servicio	No
4. Elaboración de la Memoria de Calidad del Servicio	Si

PROGRAMA DE CALIDAD DE LA SECCIÓN DE NEFROLOGÍA Dra. C. Gómez Roldán.

Durante el año 2.001 hubo 4 reclamaciones de pacientes que se contestaron en un plazo inferior a 15 días.

Se ha disminuido la estancia media, que ha sido de 8,28 días, respecto al año 2.000 (9,02 días).

Ha sido anecdótico el traslado a otros servicios de pacientes ingresados y cuando se han realizado ha sido a la U.C.I y a Reanimación tras cirugía.

Se ha incrementado la actividad asistencial postrasplante renal, tanto en consulta externa (796 revisiones), como en hospitalización (631 estancias).

Se han seguido y cumplido las recomendaciones de distintas sociedades científicas europeas y de USA, sobre el control de la anemia en pacientes en. diálisis y de los parámetros de adecuación de diálisis. Durante el año 2.000 las cifras medias fueron: Hcto 34,7±4,26%, Hb 11,7±1,4 g[dl. KT(V 1,3±0,23.

Desde diciembre de 2.000 se modificó el protocolo de peritonitis. Según recomendaciones de la Sociedad internacional de Diálisis Peritoneal, se ha seguido en todos los casos y se mantiene una escasa tasa de recidivas.

No se cuantifica el porcentaje de cumplimiento de los distintos consentimientos informados.

Tres nefrólogos participan en cuatro Comisiones Clínicas.

Mantenemos una sesión clínica diaria.

Existe un plan documentado de información a familiares.

Sesiones clínicas de la Sección: 5 a la semana. Una de ellas bibliográfica, otras 4 clínicas (incidencias guardia y discusión casos clínicos). Asisten todos los miembros de la sección y los residentes que estén rotando.

Comunicaciones a congresos (durante el año 2001). 5+1 de un estudio multicéntrico en el que participamos.

UNIDAD DE NEONATOS	
I. INDICADORES CALIDAD ASISTENCIALES	2001
Estancia media (Altas codificadas 100%)	8,53
Estancia media (Ingresos totales)	6,6
IEMA (<1 mejor funcionamiento)	0,9133
Casuística (>1 más compleja)	1,2307
% de GRDs inespecíficos	0,23
% de pacientes que ha recibido todas las primeras recetas al alta o consultas externas	100,00
Prevalencia de infección nosocomial	0,00
Tasa de mortalidad	0,86
Tasa de necropsias	0,00
% de HC de exitus con informe de alta definitivo disponible a los 2 meses	100,00
% de reingresos <3 días	1,80
% de reingresos urgentes de la misma Categoría Diagnóstica Mayor (<1 día)	0,23
% Anulaciones 1ª cita en consultas externas	0,30
% Reprogramación en consultas externas	0,30
Plan documentado de información a familiares	Si
Plan de Acogida al paciente y familiares del servicio	Si
Plan de Acogida del personal de nueva incorporación.	No
Consentimientos informados debidamente cumplimentados	Si
Nª de reclamaciones al servicio	0
Nº de reclamaciones contestadas antes de 30 días	0
Protocolo de úlceras por presión	Si
Protocolos sondaje vesical	Si
Protocolo de Vías Periféricas	Si
Registro de caidas y riesgo	0,00
% de pacientes con el Alta de Enfermería	10,70
II. INDICADORES CALIDAD DOCENCIA/FORMACIÓN/INVESTIGACIÓN	
Se realizan sesiones clínicas del servicio (nº)	
Se realizan sesiones clínicas con otros servicio (nº)	
Se realizan comunicaciones a congresos (nº)	
Se realizan artículos para ser publicados (nº)	
Existe tutores de formación médico/personal de enfermería	
Nº de Comisiones Clínicas en las que participa el servicio	
Nº de médicos/personal de enfermería que participan en las Comisiones Clínicas	
Nº de cursos de formación realizados	
III. INDICADORES GESTIÓN DE LA CALIDAD	
1. Existe un agente de calidad del servicio.	Si
2. Compromiso de conocimiento y colaboración con el Plan de Calidad del hospital	Si
3. Elaboración del Plan de calidad del Servicio	No
4. Elaboración de la Memoria de Calidad del Servicio	Si

PEDIATRIA	
I. INDICADORES CALIDAD ASISTENCIALES	2001
Estancia media (Altas codificadas 100%)	3,51
Estancia media (Ingresos totales)	3,33
IEMA (<1 mejor funcionamiento)	0,8522
Casuística (>1 más compleja)	1,0125
% de GRDs inespecíficos	0,98
% de pacientes que ha recibido todas las primeras recetas al alta o consultas externas	100,00
Prevalencia de infección nosocomial	0,00
Tasa de mortalidad	0,09
Tasa de necropsias	0,00
% de HC de exitus con informe de alta definitivo disponible a los 2 meses de producido el exitus	100,00
% de reingresos <3 días	2,65
% de reingresos urgentes de la misma Categoría Diagnóstica Mayor (<1 día)	0,49
% Anulaciones 1ª cita en consultas externas	0,30
% Reprogramación en consultas externas	0,30
Plan documentado de información a familiares	Si
Plan de Acogida al paciente y familiares del servicio	Si
Plan de Acogida del personal de nueva incorporación.	No
Consentimientos informados debidamente cumplimentados	Si
Nª de reclamaciones al servicio	10
Nº de reclamaciones contestadas antes de 30 días	5
Protocolo de úlceras por presión	Si
Protocolos sondaje vesical	Si
Protocolo de Vías Periféricas	Si
Registro de caidas y riesgo	0,5
% de pacientes con el Alta de Enfermería	0,7
II. INDICADORES CALIDAD DOCENCIA/FORMACIÓN/INVESTIGACIÓN	
Se realizan sesiones clínicas del servicio (nº)	
Se realizan sesiones clínicas con otros servicio (nº)	
Se realizan comunicaciones a congresos (nº)	
Se realizan artículos para ser publicados (nº)	
Existe tutores de formación médico/personal de enfermería	
Nº de Comisiones Clínicas en las que participa el servicio	
Nº de médicos/personal de enfermería del servicio que participan en las Comisiones Clínicas	
Nº de cursos de formación realizados	
III. INDICADORES GESTIÓN DE LA CALIDAD	
1. Existe un agente de calidad del servicio.	Si
2. Compromiso de conocimiento y colaboración con el Plan de Calidad del hospital	Si
3. Elaboración del Plan de calidad del Servicio	No
4. Elaboración de la Memoria de Calidad del Servicio	Si

NEUMOLOGIA	
I. INDICADORES CALIDAD ASISTENCIALES	2001
Estancia media (Altas codificadas 100 %)	9,19
Estancia media (Ingresos totales del servicio)	8,37
IEMA (<1 mejor funcionamiento)	0,9593
Casuística (>1 más compleja)	1,0004
% de GRDs inespecíficos	0,47
% de pacientes que ha recibido todas las primeras recetas al alta o consultas externas	100
Tasa de infección nosocomial	16,67
Tasa de mortalidad	2,39
Tasa de necropsias	0,00
% de HC de exitus con informe de alta definitivo disponible a los 2 meses de producido	100
% anulación de 1ª cita en consultas externas	3,7
% reprogramación en consultas externas	6,71
% de pacientes tratados con oxigenoterapia según protocolo	97,4
% de reingresos urgentes de la misma Categoría Diagnóstica Mayor (< 1 día)	0,09
% de reingresos (<= 2 días)	0,75
Plan documentado de información a familiares	No
Plan de Acogida al paciente y familiares del servicio	No
Plan de Acogida del personal de nueva incorporación (PIPE).	No
Consentimientos informados debidamente cumplimentados	Si
Nª de reclamaciones al servicio	11
Nº de reclamaciones contestadas antes de 30 días	7
Protocolo de úlceras por presión	Si
Protocolos sondaje vesical	Si
Protocolo de Vías Periféricas;	Si
Riesgo y registro de caidas. (nº/% de caidas)	0,00
% de pacientes con el Alta de Enfermería	0,48
II. INDICADORES CALIDAD DOCENCIA/FORMACIÓN/INVESTIGACIÓN	
Se realizan sesiones clínicas del servicio (nº)	1/semana
Se realizan sesiones clínicas con otros servicio (nº)	1/semana
Se realizan comunicaciones a congresos (nº)	9
Se realizan artículos para ser publicados (nº)	Si
Existe tutores de formación médico/personal de enfermería	Si
Nº de Comisiones Clínicas en las que participa el servicio	5
Nº de médicos/personal de enfermería del servicio que participan en las Comisiones Clínicas	5
Nº de cursos de formación realizados	1
Nº de proyectos de investigación o ensayos clínicos en los que participa el servicio	5
III. INDICADORES GESTIÓN DE LA CALIDAD	
1. Existe un agente de calidad del servicio.	No
2. Compromiso de conocimiento y colaboración con el Plan de Calidad del hospital	Si
3. Elaboración del Plan de calidad del Servicio	Si
4. Elaboración de la Memoria de Calidad del Servicio	No

NEUROLOGIA	
I. INDICADORES CALIDAD ASISTENCIALES	2.001
Estancia media (Altas codificadas 100%)	8,51
Estancia media (Ingresos totales)	7,85
IEMA (<1 mejor funcionamiento)	0,93
Casuística (>1 más compleja)	0,95
% de GRDs inespecíficos	0,50
% de pacientes que ha recibido todas las primeras recetas al alta o consultas externas	100,00
Tasa de infección nosocomial	0,00
Tasa de mortalidad	4,07
Tasa de necropsias	0,00
% anulación de 1ª cita en consultas externas	3,59
% reprogramación en consultas externas	12,33
% de reingresos urgentes de la misma Categoría Diagnóstica Mayor <1 día	0,00
Reingreso < 3 días	0,00
Plan documentado de información a familiares	No
Plan de Acogida al paciente y familiares del servicio	No
Plan de Acogida del personal de nueva incorporación.	No
Consentimientos informados debidamente cumplimentados	Si
Nª de reclamaciones al servicio	14
Nº de reclamaciones contestadas antes de 30 días	3
Tasa de úlceras por presión	Si
Protocolos de Vías Periféricas.	Si
Protocolos sondaje vesical	Si
Registro y riesgo de caidas (%)	1,31
% de pacientes con el Alta de Enfermería	10,52
II. INDICADORES CALIDAD DOCENCIA/FORMACIÓN/INVESTIGACIÓN	
Se realizan sesiones clínicas del servicio (nº)	
Se realizan sesiones clínicas con otros servicio (nº)	
Se realizan comunicaciones a congresos (nº)	
Se realizan artículos para ser publicados (nº)	
Existe tutores de formación médico/personal de enfermería	
Nº de Comisiones Clínicas en las que participa el servicio	
Nº de médicos/personal de enfermería del servicio que participan en las Comisiones Clínicas	
Nº de cursos de formación realizados	
Nº de proyectos de investigación o ensayos clínicos en los que participa el servicio	
III. INDICADORES GESTIÓN DE LA CALIDAD	
1. Existe un agente de calidad del servicio	Si
2. Compromiso de conocimiento y colaboración con el Plan de Calidad del hospital	Si
3. Elaboración del Plan de calidad del Servicio	No
4. Elaboración de la Memoria de Calidad del Servicio	Si

ONCOLOGÍA	
I. INDICADORES CALIDAD ASISTENCIALES	2.001
Estancia media (Altas codificadas 100%)	8,17
Estancia media (Ingresos totales)	7,35
IEMA (<1 mejor funcionamiento)	0,7584
Casuística (>1 más compleja)	0,8920
% de GRDs inespecíficos	0,60
% de pacientes que ha recibido todas las primeras recetas al alta o consultas externas	100,00
Prevalencia de infección nosocomial	0,00
Tasa de mortalidad	9,94
Tasa de necropsias	0,00
% de HC deexitus con informe de alta definitivo disponible a los 2 meses de producido el exitus	100,00
% de reingresos <3 días	6,02
% de reingresos urgentes de la misma Categoría Diagnóstica Mayor (<1 día)	0,00
% Anulaciones 1ª cita en consultas externas	0,00
% Reprogramación en consultas externas	0,00
Plan documentado de información a familiares	Si
Plan de Acogida al paciente y familiares del servicio	No
Plan de Acogida del personal de nueva incorporación.	No
Consentimientos informados debidamente cumplimentados	Si
Nª de reclamaciones al servicio	1
Nº de reclamaciones contestadas antes de 30 días	0
Protocolo de úlceras por presión	Si
Protocolos sondaje vesical	Si
Protocolo de Vías Periféricas	Si
Registro de caidas y riesgo	0,00
% de pacientes con el Alta de Enfermería	12,90
II. INDICADORES CALIDAD DOCENCIA/FORMACIÓN/INVESTIGACIÓN	
Se realizan sesiones clínicas del servicio (nº)	Si
Se realizan sesiones clínicas con otros servicio (nº)	Si
Se realizan comunicaciones a congresos (nº)	7
Se realizan artículos para ser publicados (nº)	2
Existe tutores de formación médico/personal de enfermería	Si
Nº de Comisiones Clínicas en las que participa el servicio	3
Nº de médicos/personal de enfermería del servicio que participan en las Comisiones Clínicas	3
Nº de cursos de formación realizados	0
Nº de proyectos de investigación o ensayos clínicos en los que participa el servicio	15
III. INDICADORES GESTIÓN DE LA CALIDAD	
1. Existe un agente de calidad del servicio.	Si
2. Compromiso de conocimiento y colaboración con el Plan de Calidad del hospital	Si
3. Elaboración del Plan de calidad del Servicio	No
4. Elaboración de la Memoria de Calidad del Servicio	Si

OBJETIVOS DE CALIDAD. SECCIÓN DE ONCOLOGÍA MÉDICA.

Dra. Carmen Alonso

1. 1 Conseguir que todos los servicios clínicos que precisen informar a pacientes familiares tengan un plan de Información.

NO se dispone en la 6' planta derecha de un local adecuado para información a los familiares y pacientes (prometido por Dirección Médica hace 2 años), por lo que se informa en el pasillo.

Objetivo 1.2/13. Desarrollar/implantar documento Consentimiento Informado Específico.

Hasta ahora, el único documento de CI específico de la Sección de Oncología era el de Administración de Quimioterapia y/o Inmunoterapia. El 100% de los pacientes que reciben quimioterapia de primeras línea lo firman; Fallamos en solicitar nuevo consentimiento a los pacientes que cambian de línea de quimioterapia.

Además desde el año 2000 se ha implantado también el consentimiento para la instalación de catéteres venosos centrales por el Servicio de Cirugía Vascular.

El resto de los consentimientos (transfusión, punciones, Rayos, etc) suelen solicitarse por la enfermería de la planta (o de Hospital de Día), como al resto de los pacientes no oncológicos. Existen algunas discrepancias sobre hojas de CI de algún Servicio que debe ser firmada antes de Citar al paciente, con lo que se asume que la información de dichas técnicas o procedimientos deben ser suministradas por un facultativo que No conoce bien dicha técnica, lo cual creemos INCORRECTO.

Todos los pacientes que participan en algún ensayo clínico han recibido la hoja de información y han firmado el correspondiente Consentimiento Informado.

Objetivo 2.1 Realizar informes de alta definitivos en un plazo inferior a 15 días.

El 100% de los pacientes ingresados en la Sección de Oncología que se van de alta a domicilio, o trasladados a otro servicio (incluidos los que van a la UMP) tienen informe de alta en este momento, gestionado directamente por los propios facultativos de Oncología, gracias al programa de manejo informático de las historias clínicas.

Tenemos más retrasos en realizar los informes de éxitus, aunque siempre los realizamos antes de 15 días, y en todos los casos antes del final del mes en que ocurrieron, por la insistencia de nuestra Auxiliar Administrativa.

Objetivo 4.5 . Imp1antar protocolos o procedimientos en los servicios.

Para el año 2001 vamos a intentar realizar la **vía clínica de Neutropenia Febril**, pues es uno de los GRD más frecuentes dentro de la gran heterogeneidad de ingresos de la Sección de Oncología. Esta patología se maneja de forma protocolizada y homogénea desde 1.998, tanto por parte de facultativos de Oncología como por la enfermería de la & derecha. La novedad va a ser el desarrollo como vía clínica, para que sea aplicada por cualquier otro especialista que atienda a estos pacientes.

El proyecto de **Vía Clínica de Tratamiento de QT con CDDP+5FU en infusión continua en pacientes con tumores del área ORL** quedó paralizada, por el escaso número de pacientes de dicha vía, y por la dificultad de contar con el Servicio de ORL.

Obsetivo 5. Implantar objetivos de calidad por servicios.

5A) ASISTENCIALES:

1. Estancia media Intentar No aumentar EM. No puede disminuir más: se han evitado ingresos

Diagnósticos, aumentan ingresos por urgencias: más prolongados; y no es mayor porque la UMP se lleva enfermos con ingresos prolongados por patología terminal;

2. Primera Receta: Se suministran las primeras - nuevas recetas prácticamente el 90% de los pacientes, tanto en planta como en consulta que necesitan.

El número de envases/consultas + altas es bajo (0.22): lo cual es lógico, pues la mayoría de las revisiones No precisan recetas específicas de Oncología (seguimiento sin enfermedad);

• Ciertos fármacos considerados de categoría C (baja efectividad terapéutica) por el Insalud, son ahora imprescindibles en el tratamiento oncológico (por ejemplo, los nuevos tratamientos hormonales del Cáncer de Mama)

• Baja tasa de recetas de mórficos, por los problemas con los recetarios de morfina: No disponibles en el Hospital (hay que ir a la Delegación de Sanidad a buscarlos, y es difícil ir en horario de trabajo dado que nuestro trabajo asistencia¡ ya está sobrecargado). Y por otra parte no disponemos de sitio adecuado para guardarlas (un recinto con llave). Por todo ello tendemos a recetarlos en escasa cantidad;

3. Tasa de Mortalidad ingresados: 12% (= al año 2000); No se ha producido una disminución absoluta de éxitus notable este año, pero SI de éxitus relativos, al haber aumentado los ingresos urgentes, que son los que podrían desembocar en éxitus (es raro que fallezcan los pacientes ingresados para estudios Diagnósticos).
Tasa de Necropsias 0%: La autopsia de un paciente con tumor diseminado ya conocido quizá tiene poco interés informativo.- Además son pacientes de larga evolución, con los que hemos tenido relación estrecha," y a los que nos resulta difícil pedir la autopsia.

4. Mejorar la gestión de las reclamaciones. En nuestra Sección, 100% de las reclamaciones se contestan en 30 días (y la gran mayoría en 7 días).

5.13). DOCENTES - INVESTIGADORES

1. Sesiones clínicas:
    a. Sesiones del Servicio: Hasta ahora: martes y jueves a las 8.30 de la mañana (sesiones bibliográficas y de revisión monográfica), a las que asistimos los facultativos de la Sección y los Residentes de otras especialidades (M. Interna, Neumología, Geriatría y/o Farmacia).
    b. Sesiones clínicas con otros servicios: Va a iniciarse una Sesión conjunta con Radiología, inicialmente prevista los viernes a las 8.30 h.
    c. Además realizarnos la Sesión General de Medicina Interna cuando nos corresponde (una vez al año). .

COMITES DE TUMORES

• Tumores Digestivos (con Cirugía, Anatomía Patológica): lunes 13.30
• Mama (con Cirugía, Radiología y Anatomía Patológica): jueves 8,30 h
• Oncología: Sesiones de Valoración de Respuesta y decisión terapéutica de pacientes complejos. Viernes 9.30

2. Comunicaciones a congresos y artículos publicado (2001)s.
- COMUNICACIONES A CONGRESOS: 4 nacionales y 3 internacionales.
- PUBLICACIONES 2001: 1 en revista nacional y otra en revista internacional.

3. Comisiones Clínicas en las que participe el servicio:

Participamos en 3 Comisiones Clínicas:

- CEIC (Comité de Ensayos e Investigación Clínica)
- Comisión de Infecciosas.
- Comisión de Transplantes (esta última muy irregular, por el práctico abandono de la indicación de transplante de médula en los pacientes oncológicos.

4. Número de proyectos de investigación o Ensayos clínicos en los que participa el servicio: - Tenemos 11 Ensayos Clínicos abiertos en la actualidad (todos ellos Multicéntricos, dentro de Grupos Cooperativos Nacionales o Internacionales), y otros 4 están pendientes de aprobación por Comité.

- Estamos desarrollando una **BECA DE INVESTIGACION** sobre el "CONTROL DE CALIDAD EN LOS ENSAYOS CLINICOS EN ONCOLOGIA", patrocinada por la Industria Farmacéutíca.

REUMATOLOGÍA	
I. INDICADORES CALIDAD ASISTENCIALES	2.001
Estancia media (Altas codificadas 100%)(n=73)	2,75
Estancia media (Ingresos totales)	2,60
IEMA (<1 mejor funcionamiento)	1,0313
Casuística (>1 más compleja)	0,9995
% de GRDs inespecíficos	0,00
% de pacientes que ha recibido todas las primeras recetas al alta o consultas externas	100,00
Prevalencia de infección nosocomial	0,00
Tasa de mortalidad	0,00
Tasa de necropsias	0,00
% de HC de pacientes fallecidos con informe de alta definitivo disponible a los 2 meses de producido el exitus	100,00
% de reingresos <3 días	0,00
% de reingresos urgentes de la misma Categoría Diagnóstica Mayor (<1 día)	0,00
% Anulaciones 1ª cita en consultas externas	1,41
% Reprogramación en consultas externas	9,98
Plan documentado de información a familiares	Si
Plan de Acogida al paciente y familiares del servicio	No
Plan de Acogida del personal de nueva incorporación.	No
Consentimientos informados debidamente cumplimentados	Si
Nª de reclamaciones al servicio	24
Nº de reclamaciones contestadas antes de 30 días	10
Protocolo de úlceras por presión	Si
Protocolos sondaje vesical	Si
Protocolo de Vías Periféricas	Si
Registro de caidas y riesgo	0,00
% de pacientes con el Alta de Enfermería	0,00
II. INDICADORES CALIDAD DOCENCIA/FORMACIÓN/INVESTIGACIÓN	
Se realizan sesiones clínicas del servicio (nº)	Si
Se realizan sesiones clínicas con otros servicio (nº)	Si
Se realizan comunicaciones a congresos (nº)	0
Se realizan artículos para ser publicados (nº)	0
Existe tutores de formación médico/personal de enfermería	Si
Nº de Comisiones Clínicas en las que participa el servicio	0
Nº de médicos/personal de enfermería del servicio que participan en las Comisiones Clínicas	0
Nº de cursos de formación realizados	10
Nº de proyectos de investigación o ensayos clínicos en los que participa el servicio	2
III. INDICADORES GESTIÓN DE LA CALIDAD	
1. Existe un agente de calidad del servicio.	Si
2. Compromiso de conocimiento y colaboración con el Plan de Calidad del hospital	Si
3. Elaboración del Plan de calidad del Servicio	No
4. Elaboración de la Memoria de Calidad del Servicio	Si

SECCIÓN DE REUMATOLOGÍA Dra. Esther Patiño

Hospital del Perpetuo Socorro

Lamento hacer perder tiempo con tanta escritura. Habría resultado mucho más fácil intercambiar ideas y contar con la presencia de todo el equipo y no sólo de unos papeles que son menos comunicativos. Por otra parte quedan detalles que no he querido completar ya que no puedo plantear números exactos sin conocer si se atenderán o no algunas de nuestras peticiones. Igualmente existen planteanuientos en control de calidad que están en función del proyecto total del sistema. Espero que esta literatura sea de vuestro interés y quedo atenta a vuestras propuestas.

Los problemas comunes son los mismos:

- Falta de formación de la sociedad
- Excesiva derivación de primaria con falta de criterio.
    - Falta de protocolos de derivación
    - Falta de comunicación primaria especia¡izada
    - Falta de cooperación íntrahospita ¡aria

INDICADORES DE CALIDAD DEL AÑO 2001

Lo que hemos podido recoger es un falseamiento de la realidad. La baja estancia media no es un indicador de calidad sino todo lo contrario ya que existe una gran cantidad de ingresos que serían evitables con la existencia de hospital de día. A primeros de año las infusiones las llevábamos a cabo en el hospital de día de geriatría pero fue necesario suspender esa practica pues al aumentar el número ocupábamos demasiado tiempo de la enfermera adscrita a ese servicio.

Asistenciales:

Estancia media total	2.91
Estancia media programada	2.29
Mejora estancia media %de pacientes con primera receta al -alta	No evaluable
En consultas externas	90%
Infección nosocomial	
Mortalidad	
Necropsías	
% suspensiones/reprogramaciones CCEE	1%
% reingresos urgentes igual categoría	0
% reingresos en menos de dos días	1%
Plan documentado de información a familiares	No existe
Plan de acogida al paciente y familiares	No existe documentado
Plan de acogida a personal nuevo	No existe documentado
% de consentimientos informados debidamente cumplimentados	80% en Tto con inmunosupresores
Reclamaciones al servicio	60
Contestadas en menos de 30 días	60

Indicadores docencia/formación/investigación

Sesiones clínicas del servicio	Discusión de casos Exposición de temas por los rotantes Bibliográfica mensual
Con otros servicios	Semanal de MI
Comunicaciones a congresos	No
N' de cursos de formación realizados	10
N' de proyectos en los que intervino el servicio	2

URGENCIAS	
I. INDICADORES CALIDAD ASISTENCIALES	2.001
Tasa de retorno a Urgencias a las 72 h	2,49
% de enfermos que permanecen en Urgencias más 3 horas	43,55
% de enfermos que permanecen en Urgencias más 6 horas	11,75
Adecuación de la utilización de vías venosas en Urgencias	92,38
Elaboración de Guía de Práctica Clínica de las patologías más frecuentes en Urgencias	Si
Tasa de mortalidad	0,08
Tasa de necropsias	0,00
% de HC de exitus con informe de alta definitivo disponible a los 2 meses de producido el exitus	100,00
Plan documentado de información a familiares	Si
Plan de Acogida al paciente y familiares del servicio	No
Plan de Acogida del personal de nueva incorporación.	No
Consentimientos informados debidamente cumplimentados	Si
Nª de reclamaciones al servicio	70
Nº de reclamaciones contestadas antes de 30 días	31
Registro y riesgo de caidas	Si
II. INDICADORES CALIDAD DOCENCIA/FORMACIÓN/INVESTIGACIÓN	
Se realizan sesiones clínicas del servicio (nº)	Si
Se realizan sesiones clínicas con otros servicio (nº)	Si
Se realizan comunicaciones a congresos (nº)	5
Se realizan artículos para ser publicados (nº)	0
Existe tutores de formación médico/personal de enfermería	Si
Nº de Comisiones Clínicas en las que participa el servicio	5
Nº de médicos/personal de enfermería del servicio que participan en las Comisiones Clínicas	5
Nº de cursos de formación realizados	3
Nº de proyectos de investigación o ensayos clínicos en los que participa el servicio	0
III. INDICADORES GESTIÓN DE LA CALIDAD	
1. Existe un agente de calidad del servicio.	Si
2. Compromiso de conocimiento y colaboración con el Plan de Calidad del hospital	Si
3. Elaboración del Plan de calidad del Servicio	Si
4. Elaboración de la Memoria de Calidad del Servicio	Si

PSIQUIATRIA	
I. INDICADORES CALIDAD ASISTENCIALES	2.001
Estancia media (Ingresos totales)	17,29
Tasa de mortalidad	0,45
Tasa de necropsias	0,00
% de HC de exitus con informe de alta definitivo disponible a los 2 meses de producido el exitus	100,00
Plan documentado de información a familiares	No
Plan de Acogida al paciente y familiares del servicio	No
Plan de Acogida del personal de nueva incorporación.	No
Consentimientos informados debidamente cumplimentados	Si
Nª de reclamaciones al servicio	61
Nº de reclamaciones contestadas antes de 30 días	32
II. INDICADORES CALIDAD DOCENCIA/FORMACIÓN/INVESTIGACIÓN	
Se realizan sesiones clínicas del servicio (nº, autor, tema y asistentes)	Si
Se realizan sesiones clínicas con otros servicio (nº, autor, tema y asistentes)	No
Se realizan comunicaciones a congresos (nº)	Si
Se realizan artículos para ser publicados (nº)	No
Existe tutores de formación médico/personal de enfermería	Si
Nº de Comisiones Clínicas en las que participa el servicio	0
Nº de médicos/personal de enfermería del servicio que participan en las Comisiones Clínicas	0
Nº de cursos de formación realizados	0
Nº de proyectos de investigación o ensayos clínicos en los que participa el servicio	0
III. INDICADORES GESTIÓN DE LA CALIDAD	
1. Existe un agente de calidad del servicio.	Si
2. Compromiso de conocimiento y colaboración con el Plan de Calidad del hospital	Si
3. Elaboración del Plan de calidad del Servicio	Si
4. Elaboración de la Memoria de Calidad del Servicio	Si

3.2 Servicios Centrales.

ANATOMIA PATOLOGICA	
I. INDICADORES CALIDAD ASISTENCIALES	2001
% de biopsias que confirman tumores malignos	No
% de biopsias intraoperatorias que coinciden con biopsias o piezas definitivas.	No
% de coincidencia entre PAAF y biopsias	No
% de pacientes fallecidos con informe de necropsia disponible a los 2 meses de producido el exitus	No
Tasa de necropsias	2,68
Determinación de tiempos aferentes y eferentes en el circuito de las citologías	No
Demoras eferentes y aferentes en informes de histopatología	No
Correlación de informes de biopsias pulmonares con datos clínicos y radiográficos. Revisión de biopsias pulmonares.	No
% de consentimientos informados debidamente cumplimentados	100
II. INDICADORES CALIDAD DOCENCIA/FORMACIÓN/INVESTIGACIÓN	
Se realizan sesiones clínicas del servicio (nº)	1/semana
Se realizan sesiones clínicas con otros servicio (nº) 1/semana DERMA; 10/año HEMATOLOGÍA	50
Se realizan comunicaciones a congresos (nº)	0
Se realizan artículos para ser publicados (nº)	0
Existe tutores de formación médico/personal de enfermería	sI
Nº de Comisiones Clínicas en las que participa el servicio	4
Nº de médicos/personal de enfermería del servicio que participan en las Comisiones Clínicas	4
Nº de cursos de formación realizados	0
Nº de proyectos de investigación o ensayos clínicos en los que participa el servicio	3
III. INDICADORES GESTIÓN DE LA CALIDAD	
1. Existe un agente de calidad del servicio.	Si
2. Compromiso de conocimiento y colaboración con el Plan de Calidad del hospital	Si
3. Elaboración del Plan de calidad del Servicio	No
4. Elaboración de la Memoria de Calidad del Servicio	Si

REHABILITACION	
I. INDICADORES CALIDAD ASISTENCIALES	2.001
% Anulaciones de 1ª cita en consultas externas	4,90
% Reprogramación en consultas externas	4,14
Consentimientos informados debidamente cumplimentados	Si
Nª de reclamaciones al servicio	95
Nº de reclamaciones contestadas antes de 30 días	43
Plan documentado de información a familiares	No
Plan de Acogida al paciente y familiares del servicio	No
Plan de Acogida del personal de nueva incorporación.	No
II. INDICADORES CALIDAD DOCENCIA/FORMACIÓN/INVESTIGACIÓN	
Se realizan sesiones clínicas del servicio (nº)	
Se realizan sesiones clínicas con otros servicio (nº)	
Se realizan comunicaciones a congresos (nº)	
Se realizan artículos para ser publicados (nº)	
Existe tutores de formación médico/personal de enfermería	
Nº de Comisiones Clínicas en las que participa el servicio	
Nº de médicos/personal de enfermería del servicio que participan en las Comisiones Clínicas	
Nº de cursos de formación realizados	
Nº de proyectos de investigación o ensayos clínicos en los que participa el servicio	
III. INDICADORES GESTIÓN DE LA CALIDAD	
1. Existe un agente de calidad del servicio.	Si
2. Compromiso de conocimiento y colaboración con el Plan de Calidad del hospital	Si
3. Elaboración del Plan de calidad del Servicio	No
4. Elaboración de la Memoria de Calidad del Servicio	Si

CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTES	
I. INDICADORES CALIDAD ASISTENCIALES	2001
Estancia media (Altas codificadas 100%)	5,85
Estancia media (Ingresos totales)	4,33
IEMA (<1 mejor funcionamiento)	0,4801
Casuística (>1 más compleja)	0,9474
% de GRDs inespecíficos	0,00
Densidad de incidencia de infección respiratoria asociada a Ventilación Mecánica	21,34
Neumonia nosocomial asociada a ventilación mecánica	0,24
Prevalencia de infección nosocomial	14,29
Tasa de mortalidad	32,58
Tasa de necropsias	5,81
% de HC de exitus con informe de alta definitivo disponible a los 2 meses de producido el exitus	100,00
% de reingresos <3 días	1,65
% de reingresos urgentes de la misma Categoría Diagnóstica Mayor (<1 día)	0,41
Plan documentado de información a familiares	Si
Plan de Acogida al paciente y familiares del servicio	Si
Plan de Acogida del personal de nueva incorporación.	No
Consentimientos informados debidamente cumplimentados	Si
Nª de reclamaciones al servicio	0
Nº de reclamaciones contestadas antes de 30 días	0
Protocolo de úlceras por presión	Si
Protocolos sondaje vesical	Si
Protocolo de Vías Periféricas	Si
Registro de caidas y riesgo	0,00
% de pacientes con el Alta de Enfermería	23,12
II. INDICADORES CALIDAD DOCENCIA/FORMACIÓN/INVESTIGACIÓN	
Se realizan sesiones clínicas del servicio (nº)	Si(diaria)
Se realizan sesiones clínicas con otros servicio (nº)	Si (2)
Se realizan comunicaciones a congresos (nº)	9
Se realizan artículos para ser publicados (nº)	1
Existe tutores de formación médico/personal de enfermería	Si
Nº de Comisiones Clínicas en las que participa el servicio	3
Nº de médicos/personal de enfermería del servicio que participan en las Comisiones Clínicas	8
Nº de cursos de formación realizados	10
Nº de proyectos de investigación o ensayos clínicos en los que participa el servicio	1
III. INDICADORES GESTIÓN DE LA CALIDAD	
1. Existe un agente de calidad del servicio.	Si
2. Compromiso de conocimiento y colaboración con el Plan de Calidad del hospital	Si
3. Elaboración del Plan de calidad del Servicio	No
4. Elaboración de la Memoria de Calidad del Servicio	Si

SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA. Dr Antonio Martínez García

INTRODUCCIÓN

La memoria de calidad de la Unidad de Medicina Intensiva se presenta por primera vez desde la puesta en marcha en nuestro Complejo Hospitalario de la Coordinación de Calidad. La memoria de calidad se estructura en dos áreas diferenciadas, en primer lugar un comentario **acerca de los objetivos de calidad para el conjunto de los hospitales** y que tendrá importantes lagunas debido a que no se nos ha proporcionado la Memoria de Calidad del Complejo del año 2001 y también debido al hecho de que se produjera un cambio en la coordinación de calidad del complejo, motivo por el que se realizaron pocas reuniones de la Comisión de Calidad y no se hicieron propuestas concretas acerca de los objetivos para el año 2001. A continuación se expondrá una **segunda parte con datos de la Unidad de Medicina Intensiva.**

OBJETIVOS DE CALIDAD PARA EL CONJUNTO DE LOS HOSPITALES

1) Objetivos de calidad percibida y derechos de los pacientes:

- El Servicio dispone de un plan de información a los familiares y pacientes que se les proporciona en el momento del ingreso en la Unidad.
- Desconozco si se ha implantado a nivel del Complejo una nueva encuesta de posthospitalización.
- No disponemos de consultas externas y por lo tanto no tenemos como objetivo aumentar la implantación de recetas.

2) **Objetivos de calidad científico- técnica:**

- El Servicio dispone de protocolos para, control y profilaxis de infecciones relacionadas con catéteres venosos centrales, profilaxis de neumonías asociadas a ventilación mecánica y sobre nutrición artificial.
- Aunque nuestro Servicio atiende fundamentalmente pacientes con patologia medica, en todos los pacientes quirúrgicos se utilizan los protocolos de profilaxis antibiótica vigentes en nuestro Complejo.
- La Unidad utiliza de forma habitual las guías de tratamiento recomendadas por la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Unidades de Coronarías y Cuidados Críticos, la CCMS, así como las guías medicas recomendadas por otras sociedades científicas fundamentalmente norteamericanas.
- Actualmente no hay implantada ninguna vía clínica en nuestra Unidad.
- No existe ningún protocolo para mejorar la utilización de TAC y RNM.
- El numero de caídas en pacientes ingresados en nuestra Unidad es anecdotico.
- En el año 2001 no disponemos de una Guía Farmacoterapéutica actualizada.

3) Objetivos de gestión clínica:

- Desconocemos el grado de implantación y evaluación de las guías de gestión del INSALUD, gestión de L.E. quirúrgica, gestión de Consultas Externas, evaluación y gestión de los servicios de farmacia hospitalaria.
- Existe una guía y protocolo de úlceras por presión, que se sigue de forma habitual por el personal de enfermería.
- Desconocemos la existencia de Catálogos de pruebas de laboratorios clínicos y la existencia de Guía de Gestión de los servicios de Admisión y documentación Clínica.

4) Objetivo de mejorar la contabilidad analítica:

- No disponemos de forma regular de informes de contabilidad analítica

5) Objetivo divulgar la experiencia del plan de calidad del hospital:

- No disponemos de la memoria de calidad del Hospital. Desconocemos las publicaciones y asistencias a congresos etc.

6) Objetivo mejorar el funcionamiento de las comisiones clínicas:

- En mí experiencia no se tienen en cuenta para nada.

7) **Objetivo mejorar el funcionamiento de la comisión de calidad:**
- De hecho esta comisión no funciona desconozco él numero de reuniones habidas durante el año 2001.

8) Objetivo potenciar la formación continuada del personal sanitario:
- Escaso numero de actividades formativas, mal planificadas y en horarios inadecuados para muchos profesionales.

9) Objetivo reducir el tabaquismo en el personal sanitario:
- Se han realizado escasos esfuerzos de concienciación y tratamiento y por mi experiencia creo que los resultados son muy pobres.

10) Objetivo mejorar la incorporación de los nuevos trabajadores:
- Desconozco si se ha desarrollado un plan de acogida de nuevos trabajadores pero en todo caso el responsable de desarrollarlo seria la Dirección de Recursos Humanos.

11) Objetivo detectar pacientes con riesgo social al ingreso:
- En nuestro Servicio se hace forma habitual y se contacta con la Asistente Social, que en nuestra experiencia es eficaz en su cometido.

INDICADORES DE CALIDAD DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (POLIVALENTES) CORRESPONDIENTE AL AÑO 2001.

I. INDICADORES DE CALIDAD ASISTENCIALES

Los datos aportados corresponden a los registrados en la base de datos de nuestro Servicio hasta el mes de octubre de 2001 ya que los datos definitivos a 31 de diciembre todavía no han sido computados. Las tasas de infecciones han sido recogidas del sistema de vigilancia de infecciones en las UCIs UCI - ENVIN, en el cual nuestra Unidad participa habitualmente.

En el periodo comprendido desde enero a octubre de 2001 ingresaron en la Unidad de Polivalentes 263 pacientes distribuidos en las siguientes patologías: 137 pacientes con patologías medicas agudas (52.09%), 26 coronarios agudos (9.88%), 22 politraumatismos (8.36%) y 78 pacientes quirúrgicos (29.6%). La estancia media total ha sido de 8.03 días. El índice de ocupación de ha sido del 86.88 %. El numero de reingresos fue de 5. El numero de pacientes fallecidos fue de 51 con una tasa de mortalidad global del 19.3%. No disponemos de datos del numero de necropsias realizadas pero no serán superiores a 2-3. La tasa general de infección nosocomial fue de **13.04** infecciones por cada 100 pacientes. La tasa de neumonías asociadas a ventilación mecánica fue de **21.28** por 1000 días de ventilación mecánica. La tasa de infecciones relacionadas con sonda uretral fue de 3.05 por 1000 días de sondaje urinario. Durante el periodo de recogida de datos no se registro ninguna infección relacionada con catéteres. Todos los pacientes ingresados en nuestra Unidad disponen de informes da alta incluidos los exitus. Existen protocolos de sondaje vesical, manejo de catéteres venosos centrales y profilaxis de neumonías asociadas a ventilación mecánica. No disponemos de datos acerca del numero de consentimientos informados son cumplimentados, sin embargo puedo asegurar que los relacionados con tareas especificas de la Unidad son cumplimentados prácticamente al 100%. No disponemos de datos sobre el numero de reclamaciones presentadas pero es seguro que todas han sido contestadas en los plazos previstos.

II. INDICADORES DE DOCENCIA/ FORMACIÓN/ INVESTIGACIÓN:

En nuestra Unidad se realizan dos sesiones clínicas diarias a las que acuden todos los miembros del servicio disponibles así como los médicos residentes que se encuentran rotando por nuestro servicio. Cuando se considera oportuno se realizan sesiones monográficas sobre temas de

interés. Este año se realizaron sesiones monográficas sobre Doppler Transcraneal y sobre Casi Ahogamiento. Se participo en la sesión clínica general del hospital en el mes de junio sobre Técnicas de Reemplazo renal Continuo (Dr. Corcoles). Se realizo la presentación de 7 **comunicaciones al Congreso de la SEMICYUC y 2 comunicaciones en el Congreso Regional Castellano-ManchegoExtremeño de Cuidados Intensivos.** Se publico **1 articulo** en la revista Siete Días Médicos sobre *Neumonía. por Legionella Pneumophila* (Dra. Murcia). Los miembros de esta Unidad han participado en al menos **10 cursos de formación continuada.** Todos los facultativos de la Unidad participan en 1 0 mas Comisiones Clínicas (**8 en total).** Nuestra Unidad participa en los siguientes estudios Multicéntricos: Estudio Nacional de Infección Nosocomial UCI- ENVIN. Estudio de Neumonías Comunitarias Graves. El Dr. Fernando García López realiza la fase de recogida de datos de su
proyecto de Tesis Doctoral sobre " Aspiración *de las Secreciones Subglóticas como factor de Prevención de la Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica"*

III INDICADORES DE GESTIÓN DE CALIDAD:

En nuestro Servicio existe un responsable de calidad (Dr. Martínez García). Por primera vez se realiza una memoria de calidad del Servicio. No se tiene un conocimiento adecuado de los planes de Calidad del hospital porque en mi opinión la Comisión de Calidad y la Coordinación de Calidad no han funcionado correctamente y no ha existido una información adecuada y fluida.

IV OBJETIVOS DE CALIDAD PROPUESTOS POR LA UCI POLIVALENTES PARA EL AÑO 2002:

OBJETIVO N` 1: Revisión del protocolo de sondaje uretral y evaluación de la tasa de incidencia de infección asociada a la utilización de sonda uretral.

OBJETIVO N' 2: Elaboración y puesta en practica de protocolos sobre" *Control de glucemias en pacientes ingresados en la UCÍ " , " Se dación en pacientes ingresados en nuestra Unidad" y sobre "Realización de balances hídricos en nuestros pacientes".*

OBJETIVO N` 3: Tratar de elaborar una vía clínica, sobre " Manejo *de pacientes con Neumonías Graves de la Comunidad ingresados en nuestra 0ñ¡dad"*

CUIDADOS INTENSIVOS CORONARIOS	
I. INDICADORES CALIDAD ASISTENCIALES	2001
Estancia media (Altas codificadas 100%)	5,85
Estancia media (Ingresos totales)	4,33
IEMA (<1 mejor funcionamiento)	0,4801
Casuística (>1 más compleja)	0,9474
% de GRDs inespecíficos	0,00
Prevalencia de infección nosocomial	14,29
Tasa de mortalidad	32,58
Tasa de necropsias	5,81
% de HC deexitus con informe de alta definitivo disponible a los 2 meses de producido	100,00
% de reingresos <3 días	1,65
% de reingresos urgentes de la misma Categoría Diagnóstica Mayor (<1 día)	0,41
Plan documentado de información a familiares	Si
Plan de Acogida al paciente y familiares del servicio	Si
Plan de Acogida del personal de nueva incorporación.	No
Consentimientos informados debidamente cumplimentados	Si
Nª de reclamaciones al servicio	0
Nº de reclamaciones contestadas antes de 30 días	0
Protocolo de úlceras por presión	Si
Protocolos sondaje vesical	Si
Protocolo de Vías Periféricas	Si
Registro de caidas y riesgo	0,00
% de pacientes con el Alta de Enfermería	23,12
II. INDICADORES CALIDAD DOCENCIA/FORMACIÓN/INVESTIGACIÓN	
Se realizan sesiones clínicas del servicio (nº)	
Se realizan sesiones clínicas con otros servicio (nº)	
Se realizan comunicaciones a congresos (nº)	
Se realizan artículos para ser publicados (nº)	
Existe tutores de formación médico/personal de enfermería	
Nº de Comisiones Clínicas en las que participa el servicio	
Nº de médicos/personal de enfermería del servicio que participan en las Comisiones Clínicas	
Nº de cursos de formación realizados	
Nº de proyectos de investigación o ensayos clínicos en los que participa el servicio	
III. INDICADORES GESTIÓN DE LA CALIDAD	
1. Existe un agente de calidad del servicio.	Si
2. Compromiso de conocimiento y colaboración con el Plan de Calidad del hospital	Si
3. Elaboración del Plan de calidad del Servicio	Si
4. Elaboración de la Memoria de Calidad del Servicio	Si

RADIOLOGÍA	
I. INDICADORES CALIDAD ASISTENCIALES	2.001
% de pacientes a los que se les ha realizado un TAC, de acuerdo a protocolo	Si
Plan documentado de información a familiares	No
% de consentimientos informados debidamente cumplimentados	100,00
Nª de reclamaciones al servicio	31
Nº de reclamaciones contestadas antes de 30 días	20
II. INDICADORES CALIDAD DOCENCIA/FORMACIÓN/INVESTIGACIÓN	
Se realizan sesiones clínicas del servicio (nº)	2/semana
Se realizan sesiones clínicas con otros servicio (nº)	2/semana
Se realizan comunicaciones a congresos (nº)	6
Se realizan artículos para ser publicados (nº)	1
Existe tutores de formación médico/personal de enfermería	Si
Nº de Comisiones Clínicas en las que participa el servicio	2
Nº de médicos/personal de enfermería del servicio que participan en las Comisiones Clínicas	4
Nº de cursos de formación realizados	0
Nº de proyectos de investigación o ensayos clínicos en los que participa el servicio	0
III. INDICADORES GESTIÓN DE LA CALIDAD	
1. Existe un agente de calidad del servicio.	Si
2. Compromiso de conocimiento y colaboración con el Plan de Calidad del hospital	Si
3. Elaboración del Plan de calidad del Servicio	Si
4. Elaboración de la Memoria de Calidad del Servicio	Si

ADMISIÓN Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA	
I. INDICADORES CALIDAD ASISTENCIALES	2.001
Plan de acogida del hospital	No
Implantación de la Guía de la Lista de Espera Quirúrgica (LEQ)	Si
Implantación de la Guía para la Gestión de Consultas Externas	Si
Implantación de la Guía para la Gestión de los Servicios de Admisión y Documentación Clínica	Si
Realizar los informes de Alta definitivos en un plazo inferior a 15 días	Si
% de Historias Clínicas (HC) con informe de alta definitivo disponibles , a los 2 meses del alta	96,50
% de HC de pacientes fallecidos con informe de alta disponible a los 2 meses del alta	92,30
% de pacientes a los que se les ha realizado una RM, de acuerdo a protocolo	86,67
Plan documentado de información a familiares	Si
Nª de reclamaciones al servicio	0
Nº de reclamaciones contestadas antes de 30 días	0
Implantación de la nueva encuesta de posthospitalización del INSALUD	No
II. INDICADORES CALIDAD DOCENCIA/FORMACIÓN/INVESTIGACIÓN	
Se realizan sesiones clínicas del servicio (nº, autor, tema y asistentes)	No
Se realizan sesiones clínicas con otros servicio (nº, autor, tema y asistentes)	No
Se realizan comunicaciones a congresos (nº)	0
Se realizan artículos para ser publicados (nº)	0
Existe tutores de formación médico/personal de enfermería	Si
Nº de Comisiones Clínicas en las que participa el servicio	2
Nº de médicos/personal de enfermería del servicio que participan en las Comisiones Clínicas	2
Nº de cursos de formación realizados	0
Nº de proyectos de investigación o ensayos clínicos en los que participa el servicio	0
III. INDICADORES GESTIÓN DE LA CALIDAD	
1. Existe un agente de calidad del servicio.	Si
2. Compromiso de conocimiento y colaboración con el Plan de Calidad del hospital	Si
3. Elaboración del Plan de calidad del Servicio	No
4. Elaboración de la Memoria de Calidad del Servicio	Si

FARMACIA	
I. INDICADORES CALIDAD ASISTENCIALES	2.001
Disponer de una guía farmacoterapeútica adaptada a la asistencia	Si
Existencia de modelo informe técnico para la evaluación de medicamentos	Si
% de nuevos principios activos prescritos clasificados como C (baja o nula aportación terapéutica)	< 1
Implantación de la Guía para la evaluación y mejora de los S de Farmacia Hospitalaria.	Si
Protocolo de Equivalentes terapeúticos	No
% de consentimiento informado debidamente cumplimentados (Uso compasivo)	100,00
Nª de reclamaciones al servicio	5
Nº de reclamaciones contestadas antes de 30 días	
II. INDICADORES CALIDAD DOCENCIA/FORMACIÓN/INVESTIGACIÓN	
Se realizan sesiones clínicas del servicio (nº)	3/semana
Se realizan sesiones clínicas con otros servicio (nº)	4
Se realizan comunicaciones a congresos (nº)	10
Se realizan artículos para ser publicados (nº)	3 (prensa)
Existe tutores de formación médico/personal de enfermería	Si
Nº de Comisiones Clínicas en las que participa el servicio	5
Nº de médicos/personal de enfermería del servicio que participan en las Comisiones Clínicas	3
Nº de cursos de formación realizados	5
Nº de proyectos de investigación o ensayos clínicos en los que participa el servicio	0,00
III. INDICADORES GESTIÓN DE LA CALIDAD	
1. Existe un agente de calidad del servicio.	Si
2. Compromiso de conocimiento y colaboración con el Plan de Calidad del hospital	Si
3. Elaboración del Plan de calidad del Servicio	Si
4. Elaboración de la Memoria de Calidad del Servicio	Si

FARMACOLOGÍA CLINICA

I. INDICADORES CALIDAD ASISTENCIALES	2001
% Informes de niveles de fármacos emitidos en el mismo día	100
Nª de reclamaciones al servicio	3
Nº de reclamaciones contestadas antes de 30 días	3
II. INDICADORES CALIDAD DOCENCIA/FORMACIÓN/INVESTIGACIÓN	
Se realizan sesiones clínicas del servicio (nº)	Si (10)
Se realizan sesiones clínicas con otros servicio (nº)	4
Se realizan comunicaciones a congresos (nº)	0
Se realizan artículos para ser publicados (nº)	3
Existe tutores de formación médico/personal de enfermería	No
Nº de Comisiones Clínicas en las que participa el servicio	3
Nº de médicos/personal de enfermería del servicio que participan en las Comisiones Clínicas	2
Nº de cursos de formación realizados	1
Nº de proyectos de investigación o ensayos clínicos en los que participa el servicio	2
III. INDICADORES GESTIÓN DE LA CALIDAD	
1. Existe un agente de calidad del servicio.	Si
2. Compromiso de conocimiento y colaboración con el Plan de Calidad del hospital	Si
3. Elaboración del Plan de calidad del Servicio	Si
4. Elaboración de la Memoria de Calidad del Servicio	Si

ANÁLISIS CLINICOS	
I. INDICADORES CALIDAD ASISTENCIALES	2.001
Implantación del Catálogo de Pruebas de los laboratorios clínicos	No
Plan documentado de información a familiares	No
Consentimientos informados debidamente cumplimentados	Si
II. INDICADORES CALIDAD DOCENCIA/FORMACIÓN/INVESTIGACIÓN	
Se realizan sesiones clínicas del servicio (nº)	Si (10)
Se realizan sesiones clínicas con otros servicio (nº)	Si (2)
Se realizan comunicaciones a congresos (nº)	20
Se realizan artículos para ser publicados (nº)	0
Existe tutores de formación médico/personal de enfermería	Si
Nº de Comisiones Clínicas en las que participa el servicio	2
Nº de médicos/personal de enfermería del servicio que participan en las Comisiones Clínicas	3
Nº de cursos de formación realizados	22
Nº de proyectos de investigación o ensayos clínicos en los que participa el servicio	2
III. INDICADORES GESTIÓN DE LA CALIDAD	
1. Existe un agente de calidad del servicio.	Si
2. Compromiso de conocimiento y colaboración con el Plan de Calidad del hospital	Si
3. Elaboración del Plan de calidad del Servicio	No
4. Elaboración de la Memoria de Calidad del Servicio	Si

MICROBIOLOGÍA	
I. INDICADORES CALIDAD ASISTENCIALES	2.001
Control del sistema de vigilancia de la infección nosocomial	Si
Evaluación del protocolo de vigilancia de gérmenes multirresistentes	Si
II. INDICADORES CALIDAD DOCENCIA/FORMACIÓN/INVESTIGACIÓN	
Se realizan sesiones clínicas del servicio (nº)	4/mes
Se realizan sesiones clínicas con otros servicio (nº)	3
Se realizan comunicaciones a congresos (nº)	No
Se realizan artículos para ser publicados (nº)	No
Existe tutores de formación médico/personal de enfermería	Si
Nº de Comisiones Clínicas en las que participa el servicio	5
Nº de médicos/personal de enfermería del servicio que participan en las Comisiones Clínicas	4
Nº de cursos de formación realizados	2
Nº de proyectos de investigación o ensayos clínicos en los que participa el servicio	2
III. INDICADORES GESTIÓN DE LA CALIDAD	
1. Existe un agente de calidad del servicio.	Si
2. Compromiso de conocimiento y colaboración con el Plan de Calidad del hospital	Si
3. Elaboración del Plan de calidad del Servicio	No
4. Elaboración de la Memoria de Calidad del Servicio	Si

BANCO DE SANGRE	
I. INDICADORES CALIDAD ASISTENCIALES	**2001**
Evaluación de los los procedimientos de trabajo en todo el Banco de Sangre	Si
Consentimiento informado debidamente cumplimentados	Si
Nª de reclamaciones al servicio	0
Nº de reclamaciones contestadas antes de 30 días	0
III. INDICADORES GESTIÓN DE LA CALIDAD	
1. Existe un agente de calidad del servicio.	Si
2. Compromiso de conocimiento y colaboración con el Plan de Calidad del hospital	Si
3. Elaboración del Plan de calidad del Servicio	Si
4. Elaboración de la Memoria de Calidad del Servicio	Si

NEUROFISIOLOFIA

I. **INDICADORES CALIDAD ASISTENCIALES**	**2001**
% Anulación de 1º citas programadas	15
% Reprogramación de 1º citas programadas	72
Plan documentado de información a familiares	No
Plan de Acogida al paciente y familiares del servicio	No
Plan de Acogida del personal de nueva incorporación.	No
% de consentimientos informados debidamente cumplimentados	100
Evaluación de los procedimientos de trabajo	Si
Nª de reclamaciones al servicio	0
Nº de reclamaciones contestadas antes de 30 días	0
II. **INDICADORES CALIDAD DOCENCIA/FORMACIÓN/INVESTIGACIÓN**	
Se realizan sesiones clínicas del servicio (nº)	Si
Se realizan sesiones clínicas con otros servicio (nº)	5
Se realizan comunicaciones a congresos (nº)	1
Se realizan artículos para ser publicados (nº)	0
Existe tutores de formación médico/personal de enfermería	Si
Nº de Comisiones Clínicas en las que participa el servicio	1
Nº de médicos/personal de enfermería del servicio que participan en las Comisiones Clínicas	1
Nº de cursos de formación realizados	1
Nº de proyectos de investigación o ensayos clínicos en los que participa el servicio	0
III. **INDICADORES GESTIÓN DE LA CALIDAD**	
1. Existe un agente de calidad del servicio.	Si
2. Compromiso de conocimiento y colaboración con el Plan de Calidad del hospital	Si
3. Elaboración del Plan de calidad del Servicio	No
4. Elaboración de la Memoria de Calidad del Servicio	Si

MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA	
I. INDICADORES CALIDAD ASISTENCIALES	**2001**
Evaluación de los protocolos de profilaxis antibiótica	Si
Tasa de infección nosocomial (EPINE)	8,65
Evaluación del protocolo de infección de herida quirúrgica	Si
Evaluación del protocolo de infección en pacientes con instrumentación (sondas urinarias, catéteres iv,...)	Si
Evaluación de la Seguridad e Higiene en el hospital	Si
Evaluación del protocolo de vigilancia de gérmenes multirresistentes	Si
Evaluación registro de accidentes con material biológico	Si
Verificar la bioseguridad en quirófanos de alto riesgo	Sí
Nª de reclamaciones al servicio	0
Nº de reclamaciones contestadas antes de 30 días	0
II. INDICADORES CALIDAD DOCENCIA/FORMACIÓN/INVESTIGACIÓN	
Se realizan sesiones clínicas del servicio (nº)	No
Se realizan sesiones clínicas con otros servicio (nº)	Si
Se realizan comunicaciones a congresos (nº)	Sí
Se realizan artículos para ser publicados (nº)	Si
Existe tutores de formación médico/personal de enfermería	
Nº de Comisiones Clínicas en las que participa el servicio	2
Nº de médicos/personal de enfermería del servicio que participan en las Comisiones Clínicas	1
Nº de cursos de formación realizados	
Nº de proyectos de investigación o ensayos clínicos en los que participa el servicio	
III. INDICADORES GESTIÓN DE LA CALIDAD	
1. Existe un agente de calidad del servicio.	Sí
2. Compromiso de conocimiento y colaboración con el Plan de Calidad del hospital	Sí
3. Elaboración del Plan de calidad del Servicio	Si
4. Elaboración de la Memoria de Calidad del Servicio	Si

UNIDAD DE M. PREVENTIVA. Dra. Máxima Lizán García.

INDICADORES:
De VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA:
1. ¿Hay un protocolo de profilaxis escrito? % pacientes con profilaxis adecuada de acuerdo a protocolo'.

2. ¿Hay un protocolo para prevenir la IQ?. % de Recomendaciones implantadas. [1] Incidencia acumulada de IQ y por grupos de riesgo.

3 ¿Hay un protocolo de sondaje urinario?. % de recomendaciones implantadas Incidencia Acumulada de ITU.

4 ¿Hay un protocolo de inserción de catéteres? Densidad de Incidencia de Bacteriemia relacionada con catéter.

5 ¿Hay un protocolo para prevenir la neumonía nosocomial?. Densidad de Incidencia de Neumonía Nosocomial relacionada con ventilación mecánica.

6. ¿Hay un protocolo de vigilancia de gérmenes multirresistentes? N' de aislamientos efectuados. Nº de estudios de colonizaci6n. % Pacientes colonizados. % Infecciones/colonizaciones cruzadas.

DIRECCIÓN PARTICIPATIVA POR OBJETIVOS (DPO)
MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA

H. General HHPpS

CONSULTA DE VACUNACIONES:
Consultas Primeras
Consultas Sucesivas
INTERCONSULTAS SOLICITADAS
INTERCONSULTAS REALIZADAS
CONSULTAS DEL ÁREA
VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA:
APERTURA PROTOCOLOS/VISITAS SUCESIVAS
CONTROLES CODIFICACIÓN
NO HISTORIAS REVISADAS DESDE ARCHIVOS
SEGUIMIENTOS TELEFÓNICOS
INVESTIGACIÓN BROTES
CONTROLES AISLAMIENTO Y CONTACTOS
ACTIVIDADES EDO
VIGILANCIA DE POSIBLES CASOS DE HEPATITIS,
IATROGENIAS U OTROS DÉ TRANSMISIÓN
INTRAHOSPITAL.
ELABORACIÓN DE GUÍAS DF PREVENCIÓN Y ACTUACIÓN
ANTE NUEVAS SITUACIONES EPIDEMIOLÓGICAS (EE-P,
antrax..)Y SEGUIMIENTO.
EPINE
ACTIVIDADES E. SANITARIA
INFORMES DE CAMPO SOBRE LIMPIEZA
ESTERILIZACIÓN
INFORMES DE CAMPO SOBRE RESULTADOS
VIGILANCIA/AISLAMIENTOS
INFORMES DE CAMPO DE OTROS INCIDENTES
/ACCIDENTES IATROGENIAS
OTRAS ACTIVIDADES DE EDUCACIÓN SANITARIA
HIGIENE Y DESINFECCIÓN:
INFORMES QUIRÓFANOS, REA, UCI
INFOR. PISCINA REHABILITACIÓN

INFORM.CENTRAL ESTERILIZACIÓN
CONTROLES AMBIENTALES
AIRE
AGUA
OBRAS
INFORMES PLAN DE RESIDUOS
INFORMES MATERIAL ESCOPIA:
Relaci6n muestras +/muestras totales
INFORME CONTROL COLONIZACIÓN DE CATÉTERES
MONITORIZACIÓN DE INDICADORES Y ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICO, COMO SOPORTE DE LA UNIDAD DE **CALIDAD Y SERVICIOS:** AEP, CPR
ASESORAMIENTO A LA COMISIÓN DE COMPRAS EN LA EVALUACIÓN DE PRODUCTOS 0 MATERIAL EN RELACIÓN CON LA INFECCIÓN HOSPITALARIA

OBJETIVOS:
Elaboración de la cartera de Servicios para el Hospital y el área sanitaria.
Valoración ponderada de cada uno de los productos.
Elaboración del protocolo de prevención de infección nosocomial en HPS.
Valoración circulación ..Q HPS.
Difundir el análisis de los resultados de la vigilancia entre los servicios implicados (SVIH yEPINE).
Valoración de riesgos epidemiológicos de (circulación, Radiofármacos, gestión de residuos)
Discusión con los servicios del Protocolo de Aislamiento y resultados.
Anotación en la HC del tipo de aislamiento.
Difusión de nuevas normativas sobre control epidemiológico (legionella,antrax..)
Revisión del protocolo de gestión, mantenimiento y eliminación de residuos tóxicos.
Elaboración del protocolo de vigilancia y seguimiento de la colonización de catéteres, conjuntamente con el Servicio de Microbiología.

ANESTESIA, REANIMACIÓN Y TERAPIA DEL DOLOR	
I. INDICADORES CALIDAD ASISTENCIALES	**2.001**
Estancia media (Altas codificadas 100%)	11,67
Estancia media (Ingresos totales del servicio)	3,48
IEMA (<1 Mejor funcionamiento)	0.5279
Casuística (>1 Más compleja)	1,12
% de GRDs inespecíficos	0,00
Tasa de prevalencia de infección nosocomial	0,00
Densidad de incidencia de infección respiratoria asociada a Ventilación Mecánica	30,07
Tasa de mortalidad	10,19
Tasa de necropsias	1,75
Reingreso <3 días	0,00
Reingreso Urgente = CDM en <1 día	0,00
% de HC de exitus con informe de alta definitivo disponible a los 2 meses de producido	100,00
% de pacientes menores de 60 años ASA 1 con Rx de tórax en el preoperatorio	33,3
% suspensiones quirúrgicas programadas (CHA-Oct)	6,26
% Anulaciones de 1ª cita en consultas externas	5,59
% Reprogramación en consultas externas	1,05
% de pacientes que ha recibido todas las primeras recetas en consultas externas	100,00
Plan documentado de información a familiares	Si
Plan de Acogida al paciente y familiares del servicio	No
Plan de Acogida del personal de nueva incorporación (PIPE).	No
% de consentimientos informados debidamente cumplimentados	100,00
Nª de reclamaciones al servicio	1
Nº de reclamaciones contestadas antes de 30 días	1
Tasa de úlceras por presión	0,00
Protocolos Sondaje Vesical	Si
Protocolo de vías venosas	Si
Registro de caídas	Si
% de pacientes con el Alta de Enfermería	0,00
II. INDICADORES CALIDAD DOCENCIA/FORMACIÓN/INVESTIGACIÓN	
III. INDICADORES GESTIÓN DE LA CALIDAD	
1. Existe un agente de calidad del servicio.	Si
2. Compromiso de conocimiento y colaboración con el Plan de Calidad del hospital	Si
3. Elaboración del Plan de calidad del Servicio	No
4. Elaboración de la Memoria de Calidad del Servicio	Si

3.3 **Servicios Quirúrgicos.**

CIRUGÍA GENERAL	
I. INDICADORES CALIDAD ASISTENCIALES	**2001**
Estancia media (Altas codificadas 100 %)	8,24
Estancia media (Ingresos totales del servicio)	6,56
IEMA (<1 mejor funcionamiento)	0,8932
Casuística (>1 más compleja)	1,0117
Estancia media prequirúrgica total	2,42
Estancia media prequirúrgica programada	1,15
% de GRDs inespecíficos	0,28
% Ingresos tras Cirugía Mayor Ambulatoria	8,52
% Reingresos en <= 2días.	1,5
% de reingresos urg con la misma CDM < 1 día	0,11
% de pacientes que ha recibido todas las primeras recetas al alta o consultas externas	100
Tasa de infección nosocomial	4,55
Tasa de mortalidad	2,38
Tasa de necropsias	2,32
Tasa de mortalidad potencialmente evitable	
- Apendicitis (5-64 años)	0,00
- Hernia abdominal (5-64 años)	0,00
- Colelitiasis (5-64 años)	0
- Colecistitis (5-64 años)	1 caso
% de HC de exitus con informe de alta definitivo disponible a los 2 meses de producido	100
% suspensiones quirúrgicas programadas con hospitalización	3,83
% suspensiones quirúrgicas programadas ambulantes	9,36
% Anulaciones de 1ª cita en consultas externas	1,77
% reprogramación de 1ª cita en consultas externas	3,077
Plan documentado de información a familiares	No
Plan de Acogida al paciente y familiares del servicio	No
Plan de Acogida del personal de nueva incorporación.	No
Consentimientos informados (CI) debidamente cumplimentados	Si
Nª de reclamaciones al servicio	19
Nº de reclamaciones contestadas antes de 30 días	7
Tasa de úlceras por presión	Si
Protocolos sondaje vesical.	Si
Protocolo de Vías Periféricas;	Si
Registro de caidas y riesgos	0,00
% de pacientes con el Alta de Enfermería	0,00
II. INDICADORES CALIDAD DOCENCIA/FORMACIÓN/INVESTIGACIÓN	
III. INDICADORES GESTIÓN DE LA CALIDAD	
1. Existe un agente de calidad del servicio.	No
2. Compromiso de conocimiento y colaboración con el Plan de Calidad del hospital	Si
3. Elaboración del Plan de calidad del Servicio	No
4. Elaboración de la Memoria de Calidad del Servicio	Si

ANGIOLOGIA Y CIRUGÍA VASCULAR	
I. INDICADORES CALIDAD ASISTENCIALES	2001
Estancia media (Altas codificadas 100%)	9,05
Estancia media (Ingresos totales del servicio)	7,6
IEMA (<1 mejor funcionamiento)	0,9494
Casuística (>1 más compleja)	0,9478
Estancia media prequirúrgica total	6,03
Estancia media prequirúrgica programada	3,48
% de GRDs inespecíficos	1,1
% de hospitalización de CMA (Cirugía Mayor Ambulatoria)	27,68
Reingreso en < 3 días	0,66
Reingreso Urg = CDM en < 1 día	0,00
% de HC de exitus con informe de alta definitivo disponible a los 2 meses	100
Tasa de infección de herida quirúrgica	0,00
Tasa de infección nosocomial	0,00
Tasa de mortalidad	1,57
Tasa de necropsias	0
% suspensiones quirúrgicas programadas con hospitalización	8,48
% suspensiones quirúrgicas programadas ambulantes	7,81
% Anulaciones de 1ª cita en consultas externas	2,83
% Reprogramación de 1ª cita en consultas externas	14,34
% de pacientes que ha recibido todas las primeras recetas al alta o consultas externas	100
Plan documentado de información a familiares	No
Plan de Acogida al paciente y familiares del servicio	No
Plan de Acogida del personal de nueva incorporación (PIPE).	No
Consentimientos informados debidamente cumplimentados	Si
Nª de reclamaciones al servicio	1
Nº de reclamaciones contestadas antes de 30 días	1
Tasa de úlceras por presión	0,00
Protocolos sondaje vesical	Si
Protocolo de vías periféricas	No
Registro de caidas (nº; %)	0,00
% de pacientes con el Alta de Enfermería	0,00
II. INDICADORES CALIDAD DOCENCIA/FORMACIÓN/INVESTIGACIÓN	
Se realizan sesiones clínicas del servicio (nº)	Si
Se realizan sesiones clínicas con otros servicio (nº)	Si (NF, NRC,Rx)
Se realizan comunicaciones a congresos (nº)	
Se realizan artículos para ser publicados (nº)	
Existe tutores de formación médico/personal de enfermería	Si
Nº de Comisiones Clínicas en las que participa el servicio	2
Nº de médicos/personal de enfermeríaque participan en las Comisiones Clínicas	2
Nº de cursos de formación realizados	
Nº de proyectos de investigación o ensayos clínicos en los que participa en el servicio	1
III. INDICADORES GESTIÓN DE LA CALIDAD	
1. Existe un agente de calidad del servicio.	Si
2. Compromiso de conocimiento y colaboración con el Plan de Calidad del hospital	Si
3. Elaboración del Plan de calidad del Servicio	No
4. Elaboración de la Memoria de Calidad del Servicio	Si

CIR. PLÁSTICA Y REPARADORA	
I. INDICADORES CALIDAD ASISTENCIALES	2001
Estancia media (Altas codificadas 100 %)	8,85
Estancia media (Ingresos totales del servicio)	7,62
IEMA (<1 mejor funcionamiento)	1,2377
Casuística (>1 más compleja)	1,0716
Estancia media prequirúrgica total	1,68
Estancia media prequirúrgica programada	1,43
% de GRDs inespecíficos	2,69
% de pacientes que ha recibido todas las primeras recetas al alta o consultas externas	100,00
Tasa de infección herida quirúrgica	Pendiente
Tasa de infección nosocomial	0,00
Tasa de mortalidad	0,04
Tasa de necropsias	0,00
% de HC de exitus con informe de alta definitivo disponible a los 2 meses de producido exitus	100,00
% suspensiones quirúrgicas programadas hospitalizadas	5,71
% suspensiones quirúrgicas programadas ambulantes	7,54
% Anulaciones de 1ª citas en consultas externas	2,71
% Reprogramación en consultas externas	11,37
% Ingresos tras Cirugía Mayor Ambulatoria	2,71
% Reingresos en <= 2días.	0,00
% de reingresos urg con la misma CDM < 1 día	0,00
Plan documentado de información a familiares	No
Plan de Acogida al paciente y familiares del servicio	No
Plan de Acogida del personal de nueva incorporación.	No
Consentimientos informados debidamente cumplimentados	Si
Nª de reclamaciones al servicio	12
Nº de reclamaciones contestadas antes de 30 días	8
Tasa de úlceras por presión	Si
Protocolos sondaje vesical	Si
Protocolos de Vías Periféricas	Si
Protocolo Riesgo y Registro de caidas	0,35
% de pacientes con el Alta de Enfermería	0,8
II. INDICADORES CALIDAD DOCENCIA/FORMACIÓN/INVESTIGACIÓN	
III. INDICADORES GESTIÓN DE LA CALIDAD	
1. Existe un agente de calidad del servicio.	No
2. Compromiso de conocimiento y colaboración con el Plan de Calidad del hospital	Si
3. Elaboración del Plan de calidad del Servicio	No
4. Elaboración de la Memoria de Calidad del Servicio	Si

CIRUGÍA TORACICA	
I. INDICADORES CALIDAD ASISTENCIALES	2001
Estancia media (Altas codificadas 100 %)	6,43
Estancia media (Ingresos totales del servicio)	4,44
IEMA (<1 mejor funcionamiento)	0,6131
Casuística (>1 más compleja)	0,8922
Estancia media prequirúrgica total	2,24
Estancia media prequirúrgica programada	2,21
% de GRDs inespecíficos	2,10
% Ingresos tras Cirugía Mayor Ambulatoria	0,00
% Reingresos en < 3días.	0,00
% de reingresos urg con la misma CDM < 1 día	0,00
% de pacientes que ha recibido todas las primeras recetas al alta o consultas externas	100,00
Tasa de infección nosocomial	0,00
Tasa de mortalidad	0,00
Tasa de necropsias	0,00
% de HC de exitus fallecidos con informe de alta definitivo disponible a los 2 meses de producido el exitus	100,00
% suspensiones quirúrgicas programadas con hospitalización	4,76
% suspensiones quirúrgicas programadas ambulantes	0,00
% Anulaciones de 1ª cita en consultas externas	1,50
% Reprogramación en consultas externas	6.92
Plan documentado de información a familiares	No
Plan de Acogida al paciente y familiares del servicio	No
Plan de Acogida del personal de nueva incorporación (PIPE).	No
Consentimientos informados debidamente cumplimentados	Si
Nª de reclamaciones al servicio	0
Nº de reclamaciones contestadas antes de 30 días	0
Protocolo de úlceras por presión	Si
Protocolo sondaje vesical	Si
Protocolo de Vías Periféricas	Si
Riesgo y Registro de caidas	0,00
% de pacientes con el Alta de Enfermería	2,50
II. INDICADORES CALIDAD DOCENCIA/FORMACIÓN/INVESTIGACIÓN	
III. INDICADORES GESTIÓN DE LA CALIDAD	
1. Existe un agente de calidad del servicio.	Si
2. Compromiso de conocimiento y colaboración con el Plan de Calidad del hospital	Si
3. Elaboración del Plan de calidad del Servicio	No
4. Elaboración de la Memoria de Calidad del Servicio	Si

OFTALMOLOGÍA	
I. INDICADORES CALIDAD ASISTENCIALES	2001
Estancia media (Altas codificadas 100 %)	3,82
Estancia media (Ingresos totales del servicio)	1,31
IEMA (<1 mejor funcionamiento)	0,9234
Casuística (>1 más compleja)	1,0508
Estancia media prequirúrgica total	1,64
Estancia media prequirúrgica programada	1,25
% de GRDs inespecíficos	0,27
% Ingresos tras Cirugía Mayor Ambulatoria	11,54
% Reingresos en < 3días.	0,53
% de reingresos urg con la misma CDM < 1 día	0
% de pacientes que ha recibido todas las primeras recetas al alta o consultas externas	100
Tasa de infección nosocomial	0,00
Tasa de mortalidad	0,00
Tasa de necropsias	0,00
% de HC de exitus con informe de alta definitivo disponible a los 2 meses de producido el exitus	100
% suspensiones quirúrgicas programadas con hospitalización	3,62
% suspensiones quirúrgicas programadas ambulantes	8,87
% Anulaciones de 1ª cita en consultas externas	2,19
% Reprogramación de 1ª cita en consultas externas	6,06
Plan documentado de información a familiares	No
Plan de Acogida al paciente y familiares del servicio	No
Plan de Acogida del personal de nueva incorporación (PIPE).	No
Consentimientos informados debidamente cumplimentados	Si
Nª de reclamaciones al servicio	35
Nº de reclamaciones contestadas antes de 30 días	8
Protocolo de úlceras por presión	Si
Protocolo sondaje vesical	Si
Protocolo de Vías Periféricas	Si
Riesgo y Registro de caidas	0,00
% de pacientes con el Alta de Enfermería	0,00
II. INDICADORES CALIDAD DOCENCIA/FORMACIÓN/INVESTIGACIÓN	
III. INDICADORES GESTIÓN DE LA CALIDAD	
1. Existe un agente de calidad del servicio.	Si
2. Compromiso de conocimiento y colaboración con el Plan de Calidad del hospital	Si
3. Elaboración del Plan de calidad del Servicio	No
4. Elaboración de la Memoria de Calidad del Servicio	Si

GINECOLOGÍA	
I. INDICADORES CALIDAD ASISTENCIALES	2001
Estancia media (Altas codificadas 100 %)	3,27
Estancia media (Ingresos totales del servicio)	3,23
IEMA (<1 mejor funcionamiento)	0,79
Casuística (>1 más compleja)	0,93
Estancia media prequirúrgica total	1,20
Estancia media prequirúrgica programada	1,00
% de GRDs inespecíficos	1,16
% Ingresos tras Cirugía Mayor Ambulatoria	16,99
% Reingresos en < 3días.	1,94
% de reingresos urg con la misma CDM < 1 día	0,16
% de pacientes que ha recibido todas las primeras recetas al alta o consultas externas	100,00
Tasa de infección nosocomial	11,11
Tasa de mortalidad	0,00
Tasa de necropsias	0,00
% de HC de exitus con informe de alta definitivo disponible a los 2 meses de producido el exitus	100
% suspensiones quirúrgicas programadas con hospitalización	10,06
% suspensiones quirúrgicas programadas ambulantes	3,36
% Anulaciones de 1ª cita en consultas externas	2,90
% Reprogramación de 1ª cita en consultas externas	5,40
Plan documentado de información a familiares	Si
Plan de Acogida al paciente y familiares del servicio	No
Plan de Acogida del personal de nueva incorporación.	No
Consentimientos informados debidamente cumplimentados	Si
Nª de reclamaciones al servicio	50
Nº de reclamaciones contestadas antes de 30 días	11
Protocolo de úlceras por presión	Si
Protocolo sondaje vesical	Si
Protocolo de Vías Periféricas	Si
Riesgo y Registro de caidas	0,12
% de pacientes con el Alta de Enfermería	0,00
II. INDICADORES CALIDAD DOCENCIA/FORMACIÓN/INVESTIGACIÓN	
III. INDICADORES GESTIÓN DE LA CALIDAD	
1. Existe un agente de calidad del servicio.	Si
2. Compromiso de conocimiento y colaboración con el Plan de Calidad del hospital	Si
3. Elaboración del Plan de calidad del Servicio	No
4. Elaboración de la Memoria de Calidad del Servicio	Si

OBSTETRICIA	
I. INDICADORES CALIDAD ASISTENCIALES	2001
Estancia media (Altas codificadas 100 %)	3,09
Estancia media (Ingresos totales del servicio)	3,03
IEMA (<1 mejor funcionamiento)	0,8687
Casuística (>1 más compleja)	0,9278
Estancia media prequirúrgica total	1,64
Estancia media prequirúrgica programada	1,00
% de GRDs inespecíficos	1,90
% Reingresos en < 3días.	2,46
% de reingresos urg con la misma CDM < 1 día	0,11
% de pacientes que ha recibido todas las primeras recetas al alta o consultas externas	100,00
Tasa de infección nosocomial	3,45
Tasa de mortalidad	0,00
Tasa de necropsias	0,00
% de HC de exitus con informe de alta definitivo disponible a los 2 meses de producido el exitus	
% suspensiones quirúrgicas programadas con hospitalización	10,06*
% suspensiones quirúrgicas programadas ambulantes	3,36*
% Anulaciones de 1ª cita en consultas externas	1,60
% Reprogramación de 1ª cita en consultas externas	2,16
Plan documentado de información a familiares	Si
Plan de Acogida al paciente y familiares del servicio	No
Plan de Acogida del personal de nueva incorporación.	No
Consentimientos informados debidamente cumplimentados	Si
Nª de reclamaciones al servicio	10
Nº de reclamaciones contestadas antes de 30 días	2
Protocolo de úlceras por presión	Si
Protocolo sondaje vesical	Si
Protocolo de Vías Periféricas	Si
Riesgo y Registro de caidas	0,00
% de pacientes con el Alta de Enfermería	0,00
II. INDICADORES CALIDAD DOCENCIA/FORMACIÓN/INVESTIGACIÓN	
III. INDICADORES GESTIÓN DE LA CALIDAD	
1. Existe un agente de calidad del servicio.	Si
2. Compromiso de conocimiento y colaboración con el Plan de Calidad del hospital	Si
3. Elaboración del Plan de calidad del Servicio	No
4. Elaboración de la Memoria de Calidad del Servicio	Si

CIRUGÍA PEDIATRICA	
I. INDICADORES CALIDAD ASISTENCIALES	2001
Estancia media (Altas codificadas 100 %)	2,56
Estancia media (Ingresos totales del servicio)	2,17
IEMA (<1 mejor funcionamiento)	0,7967
Casuística (>1 más compleja)	0,8138
Estancia media prequirúrgica total	0,32
Estancia media prequirúrgica programada	0,19
% de GRDs inespecíficos	2,21
% Ingresos tras Cirugía Mayor Ambulatoria	0,47
% Reingresos en < 3días.	0,55
% de reingresos urg con la misma CDM < 1 día	0,00
% de pacientes que ha recibido todas las primeras recetas al alta o consultas externas	100,00
Tasa de infección nosocomial	0,00
Tasa de mortalidad	0,00
Tasa de necropsias	0,00
% de HC deexitus con informe de alta definitivo disponible a los 2 meses de producido el exitus	100,00
% suspensiones quirúrgicas programadas con hospitalización	8,46
% suspensiones quirúrgicas programadas ambulantes	6,61
% Anulaciones de 1ª cita en consultas externas	2,39
% Reprogramación de 1ª cita en consultas externas	11,95
Plan documentado de información a familiares	Si
Plan de Acogida al paciente y familiares del servicio	No
Plan de Acogida del personal de nueva incorporación.	No
Consentimientos informados debidamente cumplimentados	Si
Nª de reclamaciones al servicio	4
Nº de reclamaciones contestadas antes de 30 días	0
Protocolo de úlceras por presión	Si
Protocolo sondaje vesical	Si
Protocolo de Vías Periféricas	Si
Riesgo y Registro de caidas	0,00
% de pacientes con el Alta de Enfermería	0,00
II. INDICADORES CALIDAD DOCENCIA/FORMACIÓN/INVESTIGACIÓN	
III. INDICADORES GESTIÓN DE LA CALIDAD	
1. Existe un agente de calidad del servicio.	Si
2. Compromiso de conocimiento y colaboración con el Plan de Calidad del hospital	Si
3. Elaboración del Plan de calidad del Servicio	No
4. Elaboración de la Memoria de Calidad del Servicio	Si

NEUROCIRUGIA	
I. INDICADORES CALIDAD ASISTENCIALES	2001
Estancia media (Altas codificadas 100 %)	7,96
Estancia media (Ingresos totales del servicio)	5,78
IEMA (<1 mejor funcionamiento)	0,7866
Casuística (>1 más compleja)	0,9778
Estancia media prequirúrgica total	2,81
Estancia media prequirúrgica programada	1,83
% de GRDs inespecíficos	2,05
% Reingresos en < 3días.	0,41
% de reingresos urg con la misma CDM < 1 día	0,00
% de pacientes que ha recibido todas las primeras recetas al alta o consultas externas	100,00
Tasa de infección nosocomial	0,00
Tasa de mortalidad	1,40
Tasa de necropsias	0,00
% de HC de exitus con informe de alta definitivo disponible a los 2 meses de producido el exitus	100,00
% suspensiones quirúrgicas programadas con hospitalización	2,03
% suspensiones quirúrgicas programadas ambulantes	2,86
% Anulaciones de 1ª cita en consultas externas	5,43
% Reprogramación de 1ª cita en consultas externas	15,50
Plan documentado de información a familiares	No
Plan de Acogida al paciente y familiares del servicio	No
Plan de Acogida del personal de nueva incorporación (PIPE).	No
Consentimientos informados debidamente cumplimentados	Si
Nª de reclamaciones al servicio	66
Nº de reclamaciones contestadas antes de 30 días	24
Protocolo de úlceras por presión	Si
Protocolo sondaje vesical	Si
Protocolo de Vías Periféricas	Si
Riesgo y Registro de caidas	0,00
% de pacientes con el Alta de Enfermería	0,00
II. INDICADORES CALIDAD DOCENCIA/FORMACIÓN/INVESTIGACIÓN	
III. INDICADORES GESTIÓN DE LA CALIDAD	
1. Existe un agente de calidad del servicio.	Si
2. Compromiso de conocimiento y colaboración con el Plan de Calidad del hospital	Si
3. Elaboración del Plan de calidad del Servicio	No
4. Elaboración de la Memoria de Calidad del Servicio	Si

OTORRINOLARINGOLOGÍA	
I. INDICADORES CALIDAD ASISTENCIALES	2001
Estancia media (Altas codificadas 100 %)	3,69
Estancia media (Ingresos totales del servicio)	0,87
IEMA (<1 mejor funcionamiento)	0,8538
Casuística (>1 más compleja)	0,872
Estancia media prequirúrgica total	0,94
Estancia media prequirúrgica programada	75
% de GRDs inespecíficos	0,44
% Ingresos tras Cirugía Mayor Ambulatoria	10,54
% Reingresos en < 3días.	0,29
% de reingresos urg con la misma CDM < 1 día	0,00
% de pacientes que ha recibido todas las primeras recetas al alta o consultas externas	100,00
Tasa de infección nosocomial	12,50
Tasa de mortalidad	0,00
Tasa de necropsias	0,00
% suspensiones quirúrgicas programadas con hospitalización	7,20
% suspensiones quirúrgicas programadas ambulantes	9,98
% Anulaciones de 1ª cita en consultas externas	2,25
% Reprogramación de 1ª cita en consultas externas	3,34
Plan documentado de información a familiares	No
Plan de Acogida al paciente y familiares del servicio	No
Plan de Acogida del personal de nueva incorporación.	No
Consentimientos informados debidamente cumplimentados	Si
Nª de reclamaciones al servicio	20
Nº de reclamaciones contestadas antes de 30 días	6
Protocolo de úlceras por presión	Si
Protocolo sondaje vesical	Si
Protocolo de Vías Periféricas	Si
Riesgo y Registro de caidas	0,00
% de pacientes con el Alta de Enfermería	0,00
II. INDICADORES CALIDAD DOCENCIA/FORMACIÓN/INVESTIGACIÓN	
Se realizan sesiones clínicas del servicio (nº)	1
Se realizan sesiones clínicas con otros servicio (nº)	No
Se realizan comunicaciones a congresos (nº)	No
Se realizan artículos para ser publicados (nº)	No
Existe tutores de formación médico/personal de enfermería	Si
Nº de Comisiones Clínicas en las que participa el servicio	1
Nº de médicos/personal de enfermería del servicio que participan en las Comisiones Clínicas	2
Nº de cursos de formación realizados	5
Nº de proyectos de investigación o ensayos clínicos en los que participa en el servicio	2
III. INDICADORES GESTIÓN DE LA CALIDAD	
1. Existe un agente de calidad del servicio.	Si
2. Compromiso de conocimiento y colaboración con el Plan de Calidad del hospital	Si
3. Elaboración del Plan de calidad del Servicio	No
4. Elaboración de la Memoria de Calidad del Servicio	Si

TRAUMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORTOPÉDICA	
I. INDICADORES CALIDAD ASISTENCIALES	2001
Estancia media (Altas codificadas 100 %)	5,6
Estancia media (Ingresos totales del servicio)	5,52
IEMA (<1 mejor funcionamiento)	0,6717
Casuística (>1 más compleja)	1,1233
Estancia media prequirúrgica total	1,81
Estancia media prequirúrgica programada	1,07
% de GRDs inespecíficos	0,42
% Ingresos tras Cirugía Mayor Ambulatoria	4,63
% Reingresos en < 3días.	0,56
% de reingresos urg con la misma CDM < 1 día	0,00
% de pacientes que ha recibido todas las primeras recetas al alta o consultas externas	100,00
Tasa de infección nosocomial	0,00
Tasa de mortalidad	1,08
Tasa de necropsias	0,00
% de HC de exitus con informe de alta definitivo disponible a los 2 meses de producido el exitus	100,00
% suspensiones quirúrgicas programadas con hospitalización	7,00
% suspensiones quirúrgicas programadas ambulantes	13,55
% Anulaciones de 1ª cita en consultas externas	3,45
% Reprogramación de 1ª cita en consultas externas	7,54
Plan documentado de información a familiares	No
Plan de Acogida al paciente y familiares del servicio	No
Plan de Acogida del personal de nueva incorporación.	No
Consentimientos informados debidamente cumplimentados	Si
Nª de reclamaciones al servicio	55
Nº de reclamaciones contestadas antes de 30 días	7
Protocolo de úlceras por presión	Si
Protocolo sondaje vesical	Si
Protocolo de Vías Periféricas	Si
Riesgo y Registro de caidas	0,00
% de pacientes con el Alta de Enfermería	0,00
II. INDICADORES CALIDAD DOCENCIA/FORMACIÓN/INVESTIGACIÓN	
III. INDICADORES GESTIÓN DE LA CALIDAD	
1. Existe un agente de calidad del servicio.	No
2. Compromiso de conocimiento y colaboración con el Plan de Calidad del hospital	Si
3. Elaboración del Plan de calidad del Servicio	No
4. Elaboración de la Memoria de Calidad del Servicio	Si

UROLOGÍA	
I. INDICADORES CALIDAD ASISTENCIALES	2.001
Estancia media (Altas codificadas 100 %)	4,90
Estancia media (Ingresos totales del servicio)	5,26
IEMA (<1 mejor funcionamiento)	0,8124
Casuística (>1 más compleja)	0,8895
Estancia media prequirúrgica total	1,30
Estancia media prequirúrgica programada	0,80
% de GRDs inespecíficos	0,18
% Ingresos tras Cirugía Mayor Ambulatoria	4,00
% Reingresos en < 3días.	0,98
% de reingresos urg con la misma CDM < 1 día	0,18
% de pacientes que ha recibido todas las primeras recetas al alta o consultas externas	100,00
Tasa de infección nosocomial	0,00
Tasa de mortalidad	1,04
Tasa de necropsias	0,00
% de HC de exitus con informe disponible a los 2 meses de producido el exitus	100,00
% suspensiones quirúrgicas programadas con hospitalización	7,65
% suspensiones quirúrgicas programadas ambulantes	8,09
% Anulaciones de 1ª cita en consultas externas	2,63
% Reprogramación de 1ª cita en consultas externas	9,74
Plan documentado de información a familiares	No
Plan de Acogida al paciente y familiares del servicio	No
Plan de Acogida del personal de nueva incorporación (PIPE).	No
Consentimientos informados debidamente cumplimentados	Si
Nª de reclamaciones al servicio	13
Nº de reclamaciones contestadas antes de 30 días	0
Protocolo de úlceras por presión	Si
Protocolo sondaje vesical	Si
Protocolo de Vías Periféricas	Si
Riesgo y Registro de caidas	0,00
% de pacientes con el Alta de Enfermería	2,20
II. INDICADORES CALIDAD DOCENCIA/FORMACIÓN/INVESTIGACIÓN	
III. INDICADORES GESTIÓN DE LA CALIDAD	
1. Existe un agente de calidad del servicio.	Si
2. Compromiso de conocimiento y colaboración con el Plan de Calidad del hospital	Si
3. Elaboración del Plan de calidad del Servicio	No

MEMORIA DE ACTIVIDAD DE UNIDAD DE CALIDAD (Enero 2002)

Constitución del Equipo de trabajo de la Unidad de Calidad:

Dr. Francisco Javier Lucas Imbernón Coordinador	(Dedicación 85% Tiempo).
Dr. Rafael García Delgado	(Dedicación 15% Tiempo).
DUE M Luisa Fagoaga Gimeno	(Dedicación 100% Tiempo)
Aux. Adm. Dña. M Carmen Sánchez	(Dedicación 50% Tiempo).

La Unidad de Calidad estaba siendo asesorada hasta ahora, sobre todo, por Dña Carmen Luque de TRASEG CONSULTORES, Madrid.

Lugar de trabajo provisional:

Centro Atención a la Salud (CAS), 1ª planta (antes consultas de Psiquiatría).

Dotación de material:

- mobiliario administrativo (mesa, silla, armario,...).
- material informático: dos ordenadores conectados a Red.
- Teléfono móvil 6037.

Actividades realizadas durante 2001.

I. Actividad específica de la Unidad de Calidad.

1. Análisis de los Sistemas de Información Básico como soporte de evaluación de la calidad. Definir claramente:
   a. Cuadro de mandos básico: Organigrama Jerárquico.
   b. Circuitos de información.
   c. Información de la actividad diaria, "registro clínico/enfermería"
      i. Información básica.
      ii. Específica.

   Resultado: INFORME Parrilla de Indicadores.
2. Memoria de Calidad del año 2000.
3. Desarrollo de los indicadores de calidad por servicio (médico/enfermería) para el proceso de Gestión Clínica basado en la Dirección participativa por objetivos (DPO). Se realizaron para el año 2001. Proyecto para el 2002.
4. Evaluación de calidad del Contrato de Gestión 2001. (Pendiente de envío de calificación por parte de INSALUD Madrid).
5. Encuesta de posthospitalización 2001.
6. Memoria de calidad del CHUA 2001 (Pendiente de borrador definitivo).
7. Evaluación de los datos de la encuesta de posthospitalización.
8. Evaluación de los protocolos de enfermería:
   - Vías venosas.
   - Ulceras.
   - Plan de Acogida.
   - Caídas.
   - Sondaje vesical.

II. Actividades Formativas (Cursos realizados o en fase de realización).

1. Curso de Gestión de Calidad Total en el ámbito sanitario. Escuela Nacional de Sanidad. Madrid, 9 al13 de Julio de 2001. Dr F Javier Lucas Imbernón (Financiado por el CHUA).
2. Seminario: LA CALIDAD EN LOS SERVICIOS SANITARIOS. Sesiones teórico – prácticas: 20 h. Organizado TRASEG Consultores. Realizado en Albacete, Octubre 2001. (18 alumnos)(Financiado por el CHUA).Dr F Javier Lucas Imbernón. DUE Ambrosio Pescador Valero.
3. Curso de Gestión Clínica del CHUA organizado por Unidad de Gestión y Docencia de 20 h. Albacete, Octubre 2001. Dr F Javier Lucas Imbernón (Financiado por el CHUA).
4. Curso Experto Universitario en Gestión de Unidades Clínicas. Universidad Nacional de Educación a Distancia y Escuela Nacional de Sanidad. Desarrollo: Noviembre 2001-Noviembre 2002. Dr F Javier Lucas Imbernón (Autofinanciación).
5. Curso de la Universidad Internacional Menéndez Pelayo (Valencia): Aseguramiento de la Calidad y Acreditación de establecimientos sanitarios. Alicante, Noviembre 2001. Dr Francisco Javier Lucas Imbernón. DUE M Luisa Fagoaga Gimeno.
6. 6. Taller Gestión de Calidad en el Ámbito Sociosanitario: Experiencias prácticas. Fundación Avedian Donabedian en el XIX Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial. Murcia, 24 Octubre de 2001.

III. Actividad investigadora.

Asistencia al XIX Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial. Murcia, 25 al 27 de Octubre de 2001.

Presentación de Comunicaciones orales:

- Desgaste profesional parámetro de calidad en urgencias.
- Calidad en los Servicio de Urgencias Hospitalarios.

IV. Objetivos inmediatos:

- Memoria de Calidad del CHUA 2001.

IV. DIFICULTADES Y DEFICIENCIAS

La misión del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete (CHUA) en la actualidad permanece poco arraigada, apreciando que es sentida y descrita en general de una manera estándar poco vinculada a una población y a un territorio concreto. Sus ingredientes se orientan "hacia adentro" de la propia organización más que hacia afuera, expresando un deseo relacionado más, con el progreso profesional (trascendencia como centro de referencia de la comunidad, Facultad de Medicina) que hacia la mejora del Servicio a los ciudadanos.

Continúan apareciendo como tópicos, los conceptos de calidad, asistencia integral y salud que pueden aparecer en la Misión y Valores de cualquier hospital, sin discriminar si se trata de uno o de otro lo que hace esta definición poco vinculante y por lo tanto poco explícita de los valores compartidos y de la identidad corporativa aglutinante.

La identidad corporativa básica del CHUA determinada por las expectativas creadas en la anterior (inicio de los 90) supuso un fuerte paso adelante al frente de la organización y un referente de ilusión que al no alcanzarse los objetivos previstos, generó elevada frustración entre el personal de la misma.

El proceso hacia la consolidación como hospital de referencia terciario para la Comunidad Autónoma en algunos servicios de su Cartera, a la vez que con la incorporación de la Facultad de Medicina, hoy en el cuarto año académico de funcionamiento (2001-2002), constituyeron en su día elementos clave para levantar los pilares fundamentales sobre los que se había de forjar el sentido de orgullo y pertenencia de los trabajadores al centro.

El hecho de observar los trabajadores, que después de haber realizado una labor de participación y implicación excelente como nunca hasta entonces había sucedido y que quedaba fielmente reflejada en un plan estratégico, y no existir continuidad en sus planteamientos, ha incrementado el grado de frustración y desconfianza entre los mismos y de ellos hacia sus dirigentes.

La indefinición constante en la que vive el CHUA debido a la alta rotación de sus equipos directivos y al poco sentido de pertenencia que se les atribuye, cuestiona su liderazgo.

La aproximación del proceso de las Transferencias de Sanidad de la Administración Central a las Autonomías y su definitiva entrada en vigor en la Comunidad Autónoma de Castilla la Mancha debería ser motivo de calma sin embargo, añade preocupación, cierto desconcierto entre los profesionales y trabajadores del centro y es entendido a la vez por los mismos, como oportunidad para el futuro y amenaza en sí mismo.

Ante ello el colectivo de profesionales y trabajadores del hospital no asimila su rol "garante de su hospital" con independencia de los vaivenes de sus responsables (poca memoria histórica y siempre volver a empezar "*beging the beging*" constante), lo que le coloca reiteradamente en una situación de incertidumbre y por lo tanto de crisis de identidad.

Poca sensibilidad más allá que la formal de las palabras respecto a la orientación hacia el cliente externo tal como ya se intuye de lo dicho anteriormente. Listas de espera, organización orientada al producto (vertical), conciencia clara de población cautiva y no adecuada gestión del continuum asistencial, son las manifestaciones de sus consecuencias basales por encima de los gestos estereotipados.

Donde interviene más de un ámbito de responsabilidad hay dificultades (gestión de pacientes es un ejemplo claro) y los servicios de apoyo confunden su rol, organizándose en función de sus necesidades y no la de sus clientes (escasa cultura de cliente interno) sin incorporarse a la cadena logística o a la cadena diagnóstica auxiliar de la "trayectoria asistencial". Pueden calificarse sus áreas funcionales de clásicas, "típicas y tópicas", remarcando el papel de "continuidad" y anclaje en el modelo tradicional de organización y gestión de los centros hospitalarios .

La política de calidad desarrollada hasta ahora en el CHUA está falta de coherencia y no está orientada al servicio que se ofrece, ni a la eficacia de los resultados ni a la satisfacción del cliente, y no está condicionada por la fórmula organizativa de sus recursos humanos y técnicos.

Adicionalmente, en este apartado, pueden citarse los graves problemas estructurales que padece el Hospital General (tercera cama, salas de hospitalización pediátrica con un exceso nº de camas, falta de locales para información y aseos para minusválidos, existencia de barreras arquitectónicas, mezcla de circulaciones de pacientes, falta de privacidad para los pacientes, poca iluminación en todo el edificio con baja utilización de la luz natural, mala accesibilidad especialmente a Urgencias, sala de espera de consulta externa obsoleta, etc), así como el fracaso de algunas iniciativas efímeras (Plan de acogida).

En el CHUA, la gestión clínica está poco desarrollada y no más allá de las rutinas básicas (con algunas carencias notables) de primera generación. Es un modelo clásico y del pasado de tipo administrativista que gestión con delegación de la responsabilidad. Muchísima información escasamente utilizada "intramuros" y para poco más que todo lo que facilita la relación vertical de la organización. El SIS lo es hacia fuera más que hacia dentro (INSALUD) y está más orientado a lo administrativo que al acto asistencial (Gestión clínica). Una Dirección por Objetivos no consolidada y administrativa que como el "Guadiana" se "cae" ante cada cambio.

Cultura tradicional de los Jefes de Servicio acorde al tono general de la organización. Dificultad de la Dirección para delegar y de la cadena de mandos en asumir sus responsabilidades de gestión. Predominio de la visión científico-técnica particular a acorde a sus propios intereses por encima de los objetivos e intereses de la Organización.

El liderazgo en la cadena de mandos, no siempre reconocido, está falto de autonomía y de transferencia de responsabilidades y riesgos para aquellos que sí lo tienen y están dispuestos a asumirlas.

Se observa la falta de la idea de hospital como columna vertebral, un excesivo predominio de la idea Servicio y escaso apoyo de la estructura directiva que conduzcan a la consolidación de líderes capaces de jugar a favor por la estabilidad de la línea directiva y la consolidación de los procesos iniciados.

Lo mismo se podría decir para el nivel socio-sanitario, prácticamente inexistente en el ámbito de la Atención sanitaria, lo que conlleva ingresos innecesarios en los hospitales de agudos y alargamientos de estancias a un coste superior y con resultados muy inferiores al no contar con profesionales específicamente preparados para ofrecer los cuidados que requieren los pacientes en estos estadios de su proceso de privación de salud y bienestar.

No se ha desarrollado la implantación de la gestión integrada de los procesos, ni una política de calidad seria y rigurosa con corte empresarial.

Se observa una Organización centrada en las Áreas Funcionales y con poca cultura de trabajo por procesos horizontales. Ausencia de unidades específicas extramuros de atención con proyección externa, SIDA, HTA, o del trabajo que contemple el abordaje interdisciplinario de los procesos en función de las necesidades de los pacientes, atención del paciente crítico, del paciente neoplásico, etc..

Potenciar el "Liderazgo"del Comité de Planificación para que pueda ejercer sus funciones de evaluación anual del Plan Estratégico y la elaboración de nuevas propuestas estratégicas del mismo en coordinación con el Comité de Dirección

Dar protagonismo (informar, escuchar y establecer mecanismos de participación efectiva) a las Comisiones, Comités y Juntas legalmente establecidas.

Enfatizar el trabajo habitual sobre la base de equipos multidisciplinares con líderes naturales escogidos por sus miembros.

Promover la "democratización" de los servicios (de adjuntos a socios).

V. LINEAS GENERALES DE PROPUESTA DE MEJORA PARA EL 2002

1. Promover un Plan del Cambio cultural del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete (CHUA) que incluya la calidad total entre sus condicionantes fundamentales para todos los Programas estratégicos que se establezcan y en todos los ámbitos de actuación de la Organización.
2. Establecimiento de un Plan de Planificación Participada por los profesionales para consensuar la metodología de implantación y desarrollo del Plan de Gestión de la Calidad Total en el CHUA.
3. Establecer el modelo de Organización y Gestión de la Calidad Total del centro, definiendo sus Normas y criterios de Garantía de la calidad de los servicios prestados por el CHUA.
4. Diseñar un Plan para identificar y definir los Procesos Clave de toda la Organización, impulsar su implantación y desarrollo en el Programa para la Gestión por Procesos en todas las Áreas de Gestión del centro (Asistenciales y no Asistenciales).
5. No está desarrollada en el CHUA una Política de Calidad Total que incorpore con todos sus componentes, planteamiento y resultados.
6. Elaborar un Programa que promocione la constitución del Comité de Ética Asistencial de ámbito de referencia del CHUA y facilite la incorporación de los principios fundamentales de la Ética Asistencial en la práctica clínica.
7. Promover las actuaciones necesarias para conseguir una gestión de la Organización basada en la mejora continua que garantice la eficacia y eficiencia en la provisión de la asistencia sanitaria entendida como "servicio" a la Comunidad

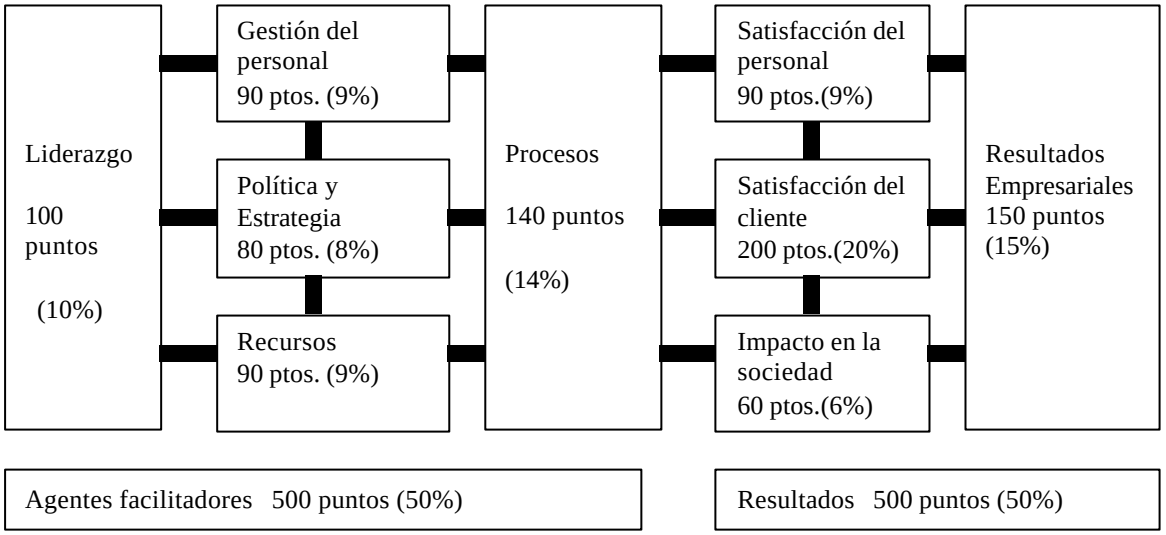
Líneas a desarrollar o mejorar:

a. Consolidar la implantación del Plan de Acogida de los pacientes actual y promover su desarrollo.
b. Elaborar Planes de mejora de la Hostelería del CHA con carácter prioritario.
c. Consolidar la implantación del Plan de información a pacientes y familiares.
d. Desarrollar el Manual de Acogida para los trabajadores que se incorporan de nuevo al centro, extensivo para los estudiantes universitarios y Licenciados en Programa de Formación.
e. Elaborar Planes de mejora de comunicación y información a los pacientes.
f. Participar en los Programas y Planes de coordinación de la gestión de la atención al cliente que se determinen para garantizar el continuo asistencial.
g. Indicadores de la actividad de enfermería:
    1. Realizar valoración de enfermería al alta.
    2. Elaborar un plan de Cuidados Estandarizado asociado al GRD.
    3. Protocolo de Acogida a los pacientes ingresados.
    4. Monitorización de reclamaciones de pacientes y familiares.
    5. Monitorizar incidencia de caídas.
    6. Aplicar protocolo de riesgo de U.P.P.. al ingreso y cada 24 horas.
    7. Aplicar protocolo de riesgo de UPP.
    8. Monitorizar UPP aparecidas en la Unidad.
    9. Aplicar Protocolo de sondaje vesical.
    10. Aplicar Protocolo de Vías Periféricas.
    11. Incidencia de Flebitis en pacientes con venopunción.

Un posible modelo a utilizar sería la metodología del ***Modelo Europeo de Calidad Total***

El modelo europeo de calidad se basa en que "*la satisfacción de los clientes y empleados y el impacto en la sociedad se consiguen mediante un liderazgo que impulse la política y estrategia, la gestión del personal, los recursos y los procesos hacia la consecución de la excelencia en los resultados empresariales*". En los últimos años este modelo se ha aplicado, con cierto éxito, a la hora de diagnosticar la situación en torno a la calidad en el ámbito público.

De forma esquemática se representa así:



Es un modelo que pretende facilitar el diagnóstico a través de la evaluación y, más concretamente, mediante la autoevaluación de cada organización. La Fundación Europea para la Gestión de la Calidad (EFQM) ha realizado una adaptación para el sector público declarando que con este modelo no se busca evaluar la calidad de las medidas políticas sino el nivel de excelencia en la gestión pública. Según la EFQM, el sector público se caracteriza por:

- responder a estrategias y políticas que escapan a su control directo
- satisfacer a múltiples clientes que no necesariamente aceptan voluntariamente sus servicios
- verse limitado en la elección de mercados o grupos de clientes
- abordar las necesidades del individuo estableciendo un equilibrio entre éstas y las de la comunidad, las del usuario del servicio y las del que no lo utiliza, las de quien se beneficia y las de quien no
- dar servicio dentro de un entorno político, equilibrando las necesidades políticas y los requisitos del cliente.

Con estas bases, el modelo trata de llegar al diagnóstico considerando nueve criterios distintos. Con la denominación de agentes facilitadores se agrupan aquellos criterios mediante los que se pretende evaluar el modo en el que se han alcanzado los resultados. En el término resultados se incluyen los criterios de evaluación respecto a lo que la organización ha conseguido y está consiguiendo.

Los criterios que se evalúan, tal como se aprecia en el gráfico, son los siguientes:

1. *Liderazgo.* Cómo el comportamiento y las actuaciones del equipo directivo y de los demás líderes de la organización estimulan, apoyan y fomentan una cultura de gestión de calidad total. Hay que diferenciar el papel de los líderes políticos del de los líderes de gestión.
2. *Política y estrategia.* Cómo la organización formula, despliega y revisa su política y estrategia y la convierte en planes y acciones.
3. *Gestión del personal.* Cómo aprovecha la organización todo el potencial de su plantilla.

4. *Recursos.* Cómo gestiona la organización sus recursos de modo eficaz. Las organizaciones del sector público pueden encontrar en la legislación o en las presiones políticas algunas dificultades, sobre todo a la hora de gestionar los recursos económicos y financieros.
5. *Procesos.* Cómo la organización identifica, gestiona, revisa y mejora sus procesos. En el sector público, los procesos críticos guardan relación con la prestación de los servicios clave.
6. *Satisfacción del cliente* (paciente cliente interno). Qué logros se están alcanzando con relación a la satisfacción de los clientes externos, esto es, con los destinatarios o beneficiarios de la actividad, productos o servicios de las organizaciones del sector público.
7. *Satisfacción del personal* (profesional – cliente interno). Qué logros se están alcanzando con relación a la satisfacción de los empleados.
8. *Impacto en la sociedad.* Qué logros se están alcanzando con relación a la satisfacción de las necesidades y expectativas de la comunidad local, nacional e internacional en general. Cómo se percibe el modo en el que la organización entiende la calidad de vida, el entorno y la conservación de recursos materiales, así como sus relaciones con las autoridades y organismos que influyen y regulan sus actividades.
9. *Resultados empresariales.* Qué logros se están alcanzando con relación a los objetivos empresariales planificados y a la satisfacción de las necesidades y expectativas de todos aquellos que tengan intereses, económicos o de otro tipo en el organismo.

Cada uno de estos criterios se evalúa a través de mediciones de una serie de ítems concretos y, tal como se observa en el gráfico anterior, son puntuados, respecto a una cantidad máxima previamente fijada para cada uno, que trata de ponderar su importancia respecto al total de ellos. Una vez obtenido el diagnóstico se trata de iniciar procesos de mejora que hagan que la organización evolucione en el sentido adecuado, cumpliendo cada vez mejor los objetivos que pretende.

Como reflexiones finales se exponen algunos comentarios:

A. ESTRATEGIA PARA MONTAR UN PLAN DE CALIDAD

1. Garantizar que se vé clara la necesidad (Implicación).
2. Formación del equipo directivo.
3. Información a profesionales.
4. Análisis de la situación previa.
5. Establecer objetivos estratégicos.
6. Formación en metodología.
7. Soporte o formación en aplicación del operativo y manejo diario.

B. PROBLEMAS QUE SE PRESENTAN AL INICIAR PROGRAMAS DE CALIDAD.

1. Falta de participación de los profesionales.
2. Déficits metodológicos.
3. Confidencialidad de los datos.
4. Déficit de feeb-back.
5. Complejidad de los estudios.
6. Desinterés inicial de la opinión del usuario.
7. Coste de los programas.
8. Mejoran la atención sanitaria, pero no las estadísticas de esperanza de vida.

RIESGO DE LA IMPROVISACIÓN DE UN PROGRAMA DE CALIDAD

Sin visión, sin estrategia, sin medios	→	No se alcanzan los objetivos
Sin movilización del personal	→	No se pasa a la acción
Sin medida de la calidad	→	No hay calidad
Sin resolución de problemas	→	No hay mejora

ERRORES CONCEPTUALES

Criterios erróneos sobre calidad.

1. Creer que un producto de calidad es un producto de lujo.
2. La calidad es intangible y por lo tanto no mensurable.
3. Todos los problemas son ocasionados por los trabajadores.
4. LA CALIDAD SE ORIGINA EN LA UNIDAD DE CALIDAD.